Defensoría del Pueblo

unicef

• República Bolivariana de Venezuela

Poder Ciudadano

Defensoría del Pueblo

PATRONES CULTURALES VIGENTES DEL PUEBLO INDÍGENA WARAO EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, Y RECOMENDACIONES PARA LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA, ITS Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Junio 2016

TAREK WILLIANS SAAB

Defensor del Pueblo

Alfredo Ruiz

Director Ejecutivo

Iliana Ruiz

Directora General de Promoción y Divulgación de los Derechos Humanos

Mireidis Marcano Cabello

Directora de Materias de Especial Atención

Investigación

Luis Felipe Gottopo

Asistente de campo: Paola Díaz

Revisión técnica por UNICEF

Keila Betancourt, Oficial de Políticas Sociales

Revisión y validación Defensoría del Pueblo

Mireidis Marcano, Candy Bejarano y Erick Gutiérrez

República Bolivariana de Venezuela

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Caracas.

Sede principal:

Centro Financiero Latino, pisos 26, 27, 28 y 29. Av. Urdaneta. Caracas.

Correo electrónico: denuncias@defensoria.gob.ve

Páginas Web:

http://www.defensoria.gob

http://www.unicef.org/venezuela/

Redes sociales:

https://www.facebook.com/unicefvenezuela

https://twitter.com/unicefvenezuela

Lo expresado por los autores es de su exclusiva responsabilidad y no compromete a la UNICEF.

Índice

Índice de Fotos 5
Índice de Figuras 5
Índice de Cuadros 6
Resumen ejecutivo 7
Introducción 14
I. Metodología 24
Delimitación del Área Estudio 25
Métodos y herramientas de investigación 27
Recopilación de información 29
Instrumentos de recolección de datos 31
Actores y colaboradores(as) involucrados(as) en la investigación 35
II. Pautas sexuales y reproductivas actuales 36
Poder y género 37
Construcción del género y de la sexualidad 41
Primeras etapas 41
Etapas intermedias 44
Etapas finales 45
"Oficialización" de la sexualidad y rituales de iniciación a la vida adulta 46
El aprendizaje 47
La seducción 51
El tercer género. Las Tida-winas 52
Uniones conyugales 54
Idamo, janokoarotu y tekoros 54
Ibomas y embarazo a temprana edad 56
"Gestación" social de la mujer y uniones concertadas 56
Uniones intergeneracionales 58
Transgresiones de los patrones de unión sexual tradicionales 59
La infidelidad 59
Joas y hechizos 61
Oriwaka *o fiesta* 61
Iniciación sexual 63

Métodos de barrera ... 64
III. Salud sexual y reproductiva. ... 65
Epidemia de VIH entre los Warao ... 65
Vías de entrada ... 67
La economía extractiva: minería legal e ilegal ... 67
Migraciones ... 70
Factores de riesgo asociados a la epidemia de VIH ... 75
Cambalache ... 75
Transformación de las actividades económicas y su incidencia en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes Warao ... 82
Violencia Estructural ... 83
IV. El contexto de una epidemia: Transformaciones en la estructura económica y la propagación de infecciones de transmisión sexual ... 86
La economía tradicional ... 87
Economía actual ... 93
Alteraciones socioeconómicas y su impacto en la salud sexual ... 98
Feminización de la economía ... 102
Exclusión de la movilidad ... 105
Sistemas de salud ... 106
Sistema tradicional ... 106
Especialidades Chamánicas ... 107
Chamanismo sacerdotal: El *wisidatu* ... 108
Chamanismo de la luz. El Bajanarotu ... 110
Chamanismo de la oscuridad. El joarotu ... 111
Chamanismo Climático ... 111
Terapia Warao ... 112
Las hierbateras o fitoterapeutas ... 113
Concepciones de la salud ... 115
La enfermedad como desequilibrio psicosocial y biológico ... 116
Una epidemia, tres sistemas de salud ... 119
Situación general actual de salud. ... 122
V. Conclusiones y recomendaciones ... 125
Recomendaciones ... 128
Anexos ... 129
Anexo I ... 129
Instrumentos de recolección de datos ... 129

Anexo II 134
Acta de consentimiento informado (mayores de edad) 134
Solicitud de consentimiento informado (representantes de niños/niñas) 134
Bibliografía 136
Glosario de términos 138

Índice de Fotos

Foto 1. Lugar de residencia de los investigadores ……..…….23

Foto 2. Comunidad Warao……....26

Foto 3. Comunidad Warao……...…….....27

Foto 4. Conuco y morichal, lugares de encuentro amoroso…….……....36

Foto 5. Parte de abajo de janokos…….....38

Foto 6. Jorosimo……....41

Foto 7. Kabaka …….……..……..42

Foto 8. Kanisaya con su abuela……..…..42

Foto 9. Nebukabakabas y Anibakas vendiendo frutos del bosque……...44

Foto 10. Pareja……..……...50

Foto 11. Barco asiático en el delta……...……60

Foto 12. Asentamiento Warao próximo a Tucupita……...……....81

Foto 13. Ambulatorio de Jobure en estado de abandono…… 81

Foto 14. Tejido de fibra de moriche ……..….……..83

Foto 15. Velas de hojas de temiche y de plástico. ……...….84

Foto 16. Yuruma ……..…….85

Foto 17. Venta de pescado ……..……..……86

Foto 18. Aguas azules marcan inicio de temporada de pesca de Morocoto ……87

Foto 19. Alimentos frecuentes en la dieta tradicional Warao …….……..93

Foto 20. Recolección de frutos silvestres …….……....94

Foto 21. Mega MERCAL de San Francisco de Guayo ……95

Índice de Figuras

Figura 1. Zonas de ocupación Warao……..……..8

Figura 2. Subregiones del delta del Orinoco……..……..…9

Figura 3. Cartografía Warao del delta del Orinoco……..11

Figura 4. División político territorial por municipios, estado Delta Amacuro……....19

Figura 5. Distribución de la población por municipios……....20

Figura 6. Área prospectada por la investigación en el municipio Antonio Díaz.....24

Figura 7. Zonas mineras y centros poblados del Delta del Orinoco.....59

Figura 8. Migraciones forzosas de los Warao en el siglo XX…….62

Figura 9. Población Warao por Sexo y Territorios…….…98

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Mortalidad infantil en Poblaciones Warao…….…..…13

Cuadro 2. Porcentajes de población Warao por municipios…….19

Cuadro 3. Municipios con mayoría de población indígena…….…….....19

Cuadro 4. Figuras de autoridad y/o vocería…….…….22

Cuadro 5. Representantes de instituciones públicas y religiosas.....24

Cuadro 6. Etapas de Desarrollo entre los Warao……..…….....44

Cuadro 7. Enfermedades comunes entre los Warao y almas que afectan…….111

Resumen ejecutivo

Los Warao son uno de los pueblos indígenas más antiguos de Venezuela. Su territorio tradicional corresponde con las zonas pantanosas del delta medio y bajo del río Orinoco, donde se han especializado, a lo largo de por lo menos 8.000 años de ocupación, en la explotación equilibrada, racional y sostenible de los ecosistemas y ambientes que componen el denominado sistema deltaico. Sus actividades económicas tradicionales se centraron principalmente en la caza, pesca y recolección de los recursos disponibles en tales ambientes. Entre estas actividades, la explotación de la palma de moriche adquirió una notable importancia. De ella los indígenas Warao extraen una gran cantidad de recursos alimenticios e insumos para la elaboración de una amplia gama de recursos y artefactos que van desde anzuelos y arpones, hasta medicamentos y almidón para la elaboración de una especie de pan de fécula, extraída del tronco del moriche, pasando por varias bebidas extraídas de la salvia de la planta. Este modelo económico, se articuló con una estructura de poder flexible y poco jerarquizada, en la cual la representación política y la toma de decisiones sobre temas de interés público, recaen en los ancianos de cada una de las familias extendidas Warao.

El estado Delta Amacuro, lugar donde se concentra la mayor parte de la población Warao, presenta una de las tasas de mortalidad infantil más altas del país: 26,5 por cada 1.000 nacidos vivos (INE, 2011), cifra que prácticamente duplica la media nacional. Las principales causas de muerte entre los niños de la entidad, es ocasionada por enfermedades fácilmente prevenibles y asociadas a la pobreza, tales como diarrea (63%) e infecciones respiratorias (18%). La llegada de criollos a territorio Warao, la expansión de la actividad petrolera y de otras actividades extractivas (principalmente de madera y recursos pesqueros), aunadas a la expansión agrícola y ganadera, podrían haber dado forma al actual perfil sanitario de los asentamientos Warao, caracterizados por la precariedad y la escasez de servicios. Estas condiciones de marginalización y exclusión, han contribuido al desarrollo de enfermedades, especialmente de carácter infeccioso, entre las que cabe destacar las ITS y, entre ellas, una infección por VIH que en la actualidad puede estar desbastando a la población Warao. Estudios científicos han revelado una prevalencia de la infección por VIH, en poblaciones Warao, que oscila entre 4,35% y 21,62%, en San Francisco de Guayo[1] y comunidades aledañas en algunas comunidades, con una media de

[1] Comunidad que se desarrollo en torno a una misión católica en los años cuarentas, en el municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro.

9,55% de la población evaluada infectada. Estas cifras alcanzan niveles alarmantes si se toma en consideración que en el continente americano las tasas de prevalencia de la enfermedad no superan el 2%, y más aún si se parte de la evidencia de que en África subsahariana, lugar donde se concentran cerca de dos tercios de los seropositivos del planeta, la prevalencia alcanza al 5,2% de la población. Los deficientes servicios de atención médica para los pacientes VIH positivos, sumados a problemas nutricionales entre los Warao, hacen de esta infección una epidemia devastadora.

Más que un asunto meramente biológico, la salud y la enfermedad son resultado del contexto social, político y económico que prevalece en el entorno, en el cual las relaciones de poder establecen las condiciones materiales específicas que involucran y dan origen al desarrollo y propagación de enfermedades. Las alteraciones provocadas por la estructura del sistema dominante, hacen vulnerable al pueblo Warao desde el punto de vista biológico, nutricional, social, económico, político y cultural. Por lo tanto, los altos niveles de inequidad y exclusión social a los que la población indígena está sometida, se evidencian en la alta morbilidad/mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas, en teoría superadas o controladas por la medicina occidental.

En este escenario, UNICEF y la Defensoría del Pueblo, se plantearon, de manera mancomunada, el desarrollo de una investigación que diera a conocer cuáles son los patrones culturales actuales del pueblo indígena Warao, en materia de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de acuñar recomendaciones para el diseño de políticas de prevención del VIH/SIDA, ITS y el embarazo en adolescentes.

El estudio es de carácter exploratorio, descriptivo y etnográfico, lo que supone que pretende caracterizar y dar cuenta de las representaciones, interpretaciones, valores, criterios y praxis socioculturales predominantes, que los Warao ponen en práctica en la actualidad, a la luz de sus propias reflexiones en torno a sus pautas de unión sexual, sus concepciones de salud y enfermedad asociadas a la sexualidad y a la transmisión del VIH.

La investigación se circunscribió en el municipio Antonio Díaz, del estado Delta Amacuro, por ser esta región la que concentra la mayor proporción de indígenas Warao del país. Los datos emanaron de un trabajo de campo efectuado en la zona en marzo y abril de 2016, en el cual se realizaron 48 entrevistas en profundidad a 19 personas autopercibidas como no indígenas (14 de sexo masculino y 5 de sexo femenino) y a 29 sujetos (18 hombres y 11 mujeres) que se reconocieron a sí mismos como pertenecientes al pueblo Warao, con edades comprendidas entre 15 y 76 años de edad. Se obtuvo un total aproximado 2006 minutos de entrevistas, además de numerosas observaciones y registros de campo en ocho

comunidades indígenas y dos de población mixta, criolla e indígena. Dos instrumentos orientaron la recolección de datos en campo. Uno se centró en recabar registros concernientes al contexto (la comunidad), desde el cual emanaron los datos sobre los patrones sexuales del pueblo Warao. Este instrumento se centró en recopilar información concerniente a la organización política y económica de las comunidades; su disponibilidad de servicios públicos; acceso a centros educativos, de salud y a programas sociales, entre otros aspectos. El objeto de la información recabada por este instrumento, fue caracterizar y comprender el escenario social de enunciación. Por su parte, el segundo instrumento fue diseñado para recolectar información en torno a los patrones actuales de unión sexual y salud reproductiva del pueblo Warao. Se centró por tanto en la obtención de información concerniente a las etapas de desarrollo psicosocial por la que atraviesan niños y niñas Warao en su devenir a la vida adulta y a la madurez sexual; los tipos de unión sexual y conyugal frecuentes en su sociedad; la manera en que la sexualidad y el género en los Warao se manifiesta y construye; los modos en que la iniciación sexual transcurre; los tabúes sexuales presentes; las edades consideradas aptas para la unión conyugal, entre otros aspectos.

La investigación determinó que la sociedad Warao se caracteriza por presentar cierta equidad de género o una igualdad relativa en las jerarquías sociales asociadas al género. En general, las pautas que orientan la interacción entre hombres y mujeres son parcas, distantes, comedidas, sobrias y hasta cierto punto conservadoras. La infidelidad y/o las relaciones sexuales fuera del matrimonio son mal vistas y motivo de peleas y reclamaciones, incluso entre homosexuales. A los niños se les llama la atención si se les escucha hablar sexo o jugar con los genitales de otro niño. La pedofilia es severamente condenada y castigada, justificando incluso la activación de la *monikata* (literalmente problema, tribunal tradicional de justicia). Asimismo, las relaciones homosexuales -bajo el esquema tradicional- no son proscritas y los patrones culturales que las rigen son las mismas que orientan a las uniones heterosexuales.

Entre los Warao existe un tercer género representado por personas de sexo masculino que social e individualmente son percibidos e identificados como mujeres. Estas personas son llamadas y autoreconocidas como *tida-wina*, término que podría ser traducido como "mujer con pene". La *tida-wina*, a pesar de nacer de sexo masculino, socialmente es mujer y por lo tanto desempeña, sin discriminación ni prejuicios, los mismos roles

socioeconómicos asociados a éstas. Visten, trabajan, se comportan, se casan y son percibidas como mujeres, por tanto pueden desempeñarse como segundas esposas, manteniendo relaciones sexuales exclusivas y estables con sus cónyuges. No obstante, en la actualidad, la figura del *tida-wina* ha sigo asimilada y/o substituida por del marico, propia de la sociedad criolla, pasando a ser proscrito y perseguido y, en esa medida, a ejercer su sexualidad en la clandestinidad.

Importantes y significativos cambios en la estructura económica tradicional Warao, han repercutido en que los indígenas adopten estrategias de subsistencia ajenas a las de su propia cultura. Nuevos oficios y quehaceres, como el servicio doméstico, el trabajo asalariado en ciudades, la mendicidad en centros urbanos, la prostitución eventual y la recolección de desechos en vertederos de basura, constituyen algunos de los oficios practicados por buena parte de la población Warao en la actualidad. Asimismo, dado que estos oficios implican el desplazamiento de los indígenas a la periferia de los centros urbanos y/o a espacios marginales de exclusión, también favorecen cambios en los patrones de unión sexual tradicionales de los Warao, principalmente entre jóvenes, por una sexualidad más promiscua que la tradicional. Actualmente, una importante fuente de ingreso de algunas familias Warao, es enviar a sus hijas adolescentes a la capital del estado o a ciudades de estados cercanos como Anzoátegui, Monagas y Bolívar, para trabajar en el servicio doméstico. Es opinión común que algunas de estas muchachas han sido víctimas de abusos sexuales y/o que tengan, simultáneamente, un novio en la ciudad donde trabajan y otro en los caños. La desestructuración de las formas económicas tradicionales, ha jugado entonces un papel importante en la transformación de las prescripciones sexuales tradicionales y en la "aparición" de nuevos hábitos y costumbres, hasta entonces desconocidos por este grupo indígena. Estos cambios parecen estar relacionados con el desarrollo de infecciones de transmisión sexual en Delta Amacuro, como el VIH.

La práctica de la mendicidad en centros urbanos del país, se ha convertido también en un oficio frecuentemente practicado por un sector de la sociedad Warao. Para el ejercicio de la misma, una parte importante de la población Warao se ha visto involucrada en procesos migratorios temporales, que implican el desplazamiento de individuos y grupos a centros urbanos, en los cuales se instalan y acampan en plazas y espacios públicos abandonados, por periodos de tiempo que oscilan entre la dos y tres semanas. Lapso en el cual las mujeres, con bebés a cuestas, se distribuyen a lo largo de calles y avenidas para pedir dinero a los transeúntes. En estas partidas migratorias, las mujeres pueden practicar eventualmente la prostitución, así como también pueden darse intercambios sexuales entre

Warao de ambos sexos e individuos en situación de calle, con los que comparten espacios de pernocta en plazas, calles y espacios abandonados en diversos centros urbanos del país, aumentando considerablemente el riesgo de infección por ITS. Es posible identificar algunos eventos que han impactado y dado forma a las actuales migraciones Warao, tales como la fundación y cierre del aserradero de Winikina, la intervención del caño Mánamo y la epidemia de cólera de Mariusa en 1993 (Briggs, 2002). Estos fenómenos (todos relacionados con la explotación económica del delta por parte de criollos), convirtieron a Tucupita, Ciudad Bolívar y Barrancas en polos de atracción de población Warao, que se asentó, de modo permanente o temporal, en cinturones de pobreza y en torno a vertederos de basura, condiciones que –entre otras- les han forzado a emprender migraciones temporales a otros centros urbanos del país.

La precariedad de esta situación puede estar relacionada con procesos de colonización, marginalización y discriminación a los que han sido sometidos los pueblos indígenas desde la conquista de las Américas hasta nuestros días, quienes se han visto en la obligación de modificar abruptamente sus estilos de vida tradicionales, con la finalidad de sobrevivir bajo las exigencias que el mundo occidental impone. La llegada de criollos a territorio Warao, la expansión de la actividad petrolera y de otras actividades extractivas (principalmente de madera y recursos pesqueros), aunadas a la expansión agrícola y ganadera, han dado forma al actual perfil sanitario y social de los asentamientos Warao, caracterizados por la precariedad y la escasez de servicios. Estas condiciones de marginalización y exclusión, han contribuido al desarrollo de enfermedades, especialmente de carácter infeccioso, entre las que cabe destacar la infección por VIH, dolencia que en la actualidad puede estar desbastando a la población Warao.

Los procesos involucrados en la dinámica salud-enfermedad obedecen más a determinantes sociales, económicos y políticos, que a factores meramente biológicos.

Más que un asunto meramente biológico, salud y enfermedad son resultado del contexto social, político y económico que prevalece en el entorno, en el cual las relaciones de poder establecen las condiciones materiales específicas que involucran y dan origen al desarrollo y propagación de enfermedades. Las alteraciones provocadas por la estructura del sistema dominante, hacen vulnerable al pueblo Warao desde el punto de vista biológico, nutricional, social, económico, político y cultural. Por lo tanto, los altos niveles de inequidad y exclusión social a los que la población indígena está sometida, se evidencian en la alta morbilidad/mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas, en teoría superadas o controladas por la medicina occidental.

Las percepciones que en la actualidad manifiestan la población criolla, el personal de salud y las autoridades políticas de Delta Amacuro, sobre la situación social en que yace este pueblo indígena, tienden a naturalizar el precario estado de salud en que se encuentran los Warao, especialmente en lo concerniente a la epidemia de VIH, en la medida en que atribuyen a las prácticas culturales de esta sociedad indígena, el desarrollo de esta epidemia, sin tomar en consideración las condiciones de pobreza extrema y de exclusión social en que se encuentra la mayor parte de su población. Representaciones populares de la sociedad criolla, e incluso técnicas y científicas, tienden a naturalizar las condiciones de inequidad, pobreza y marginalidad en la población indígena se encuentra, los cuales se basan en la manifestación de prejuicios culturales que justifican y normalizan la aparición de esta epidemia entre los Warao y, más aún, les responsabilizaron de su aparición y propagación.

La problemática de salud actual en Delta Amacuro no puede ser enfrentada y resuelta únicamente desde una perspectiva biomédica ni centrada en el territorio. Consecuencia de la desestructuración de la economía tradicional, la sociedad Warao actual se encuentra dispersa en distintas locaciones geográficas, interconectadas entre sí por actividades económicas y espacios sociales marginados y de exclusión. Recolección en vertederos de basura, mendicidad, servicio doméstico, prostitución, son actividades económicas que hoy practica el pueblo Warao y que lo hacen más propenso al incumplimiento de sus derechos y más vulnerable al desarrollo de condiciones sociales que ponen en riesgo su salud sexual y reproductiva. Simultáneamente, las poblaciones que permanecen en sus territorios ancestrales o se han asentado en la periferia de algunas ciudades, también están excluidas de los servicios básicos y de la salud pública.

En una región en la que sus habitantes han sido, a lo largo de la historia, continuamente excluidos e incluso agredidos y donde la inequidad social prevalece, no puede esperarse que su población no sea víctima de graves problemas de salud como los que padecen los Warao en la actualidad. Si este pueblo no dispone siquiera de los servicios públicos más básicos para garantizar su bienestar, no se puede ni se debe achacar a sus costumbres y hábitos la responsabilidad principal de la rápida propagación de la enfermedad en la zona. Por otra parte, como se ha explicado, los patrones de unión sexual de los Warao condenan la promiscuidad y las relaciones sexuales extramatrimoniales, por lo que constituiría un error atribuir a la cultura tradicional las causas de la expansión de la infección por VIH en este pueblo indígena. Por el contrario, la alteración, desestructuración y modificación de los patrones tradicionales constituyen los verdaderos factores de riesgo en la propagación

de la epidemia. En consecuencia, no son los *tida-wina,* las migraciones que los Warao en la actualidad protagonizan y mucho menos las prácticas sexuales tradicionales, las principales causas a "atacar" para frenar la epidemia, por el contrario, se debe garantizar antes que nada los derechos y necesidades básicas a este pueblo milenario y la permanencia de sus valores culturales tradicionales.

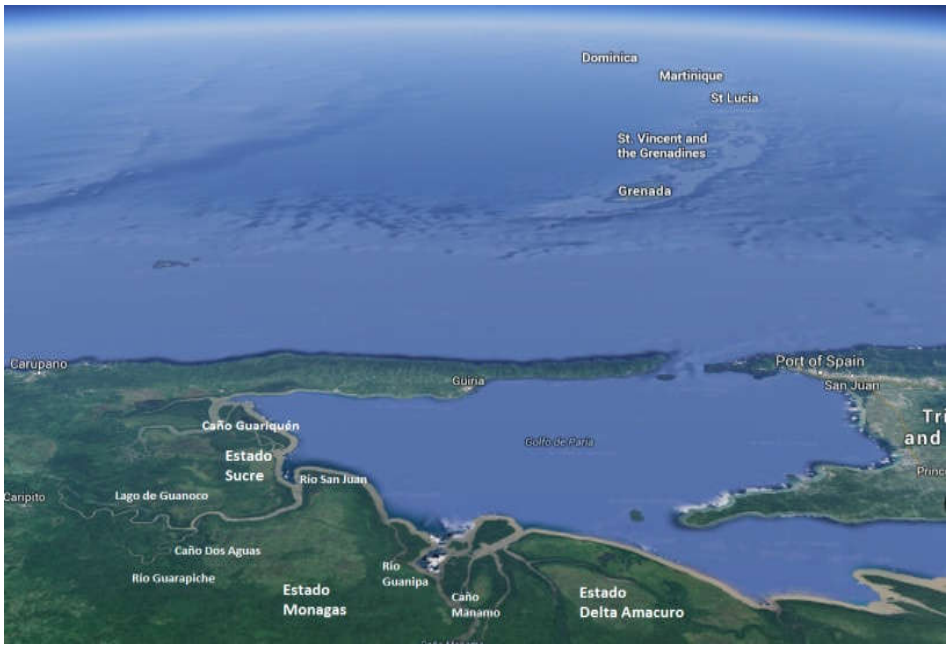
Introducción

Las líneas que siguen son resultado de una investigación documental y de campo efectuada por la Defensoría del Pueblo y UNICEF en comunidades Warao del municipio Antonio Díaz, con el fin de conocer los patrones culturales vigentes de este pueblo indígena en materia de salud sexual y reproductiva, desde la perspectiva de los derechos humanos de los pueblos indígenas, y acuñar recomendaciones para políticas de prevención del VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo en adolescentes.

Los territorios tradicionales de los Warao se encuentran ubicados en el Delta del río Orinoco, al noroeste de la República Bolivariana de Venezuela, y en sus áreas pantanosas contiguas. Es decir, a lo largo y ancho del sistema deltaico que se extiende más allá de los límites políticos administrativos del estado Delta Amacuro, abarcando territorios correspondientes a los estados Sucre, Monagas, Bolívar y la República Cooperativa de Guyana. En Monagas, los Warao han tenido como hábitat principal las cuencas de los ríos Guarapiche, San Juan y Guanipa (Vaquero Rojo, 2000a) y las márgenes del río Morichal Largo. En el estado Sucre se han asentado principalmente en la ribera norte del río San Juan, en los caños de Guanoco y los estuarios al oeste del golfo de Paria. Igualmente se han reportado comunidades Warao a orillas del caño Guariquén (García-Castro y Heinen, 2000), en la península de Paria y en los ríos Yarakita, Barima, Kaituma, Aruka y Esequibo (Fabre, 2008), en la vecina Guayana. Incluso hay referencias del siglo XVIII de Warao establecidos en lugares relativamente distantes del delta, como la laguna de Mamo, en el estado Anzoátegui (Perera, 2006).

Con excepción de la laguna de Mamo, todas las zonas antes mencionadas están vinculadas al sistema ecológico deltaico y todas ellas –sin excepción- están conformadas por zonas inundables, pantanos y ciénagas, es decir, por un bioma de humedales. Esto permite inferir que los territorios ancestrales de los Warao han estado asociados a un ecosistema o bioma concreto, a saber: los pantanos y marismas de la desembocadura del rio Orinoco.

Figura 1. Zonas de ocupación Warao



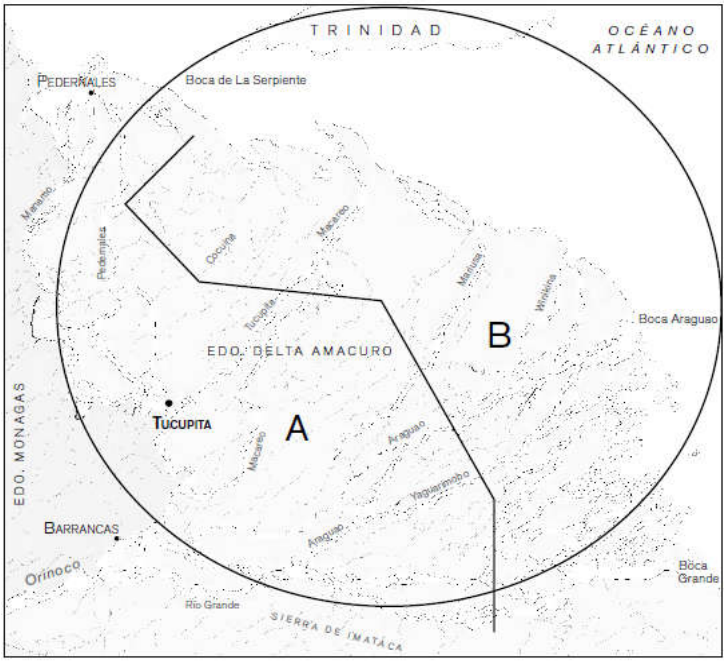
Fuente: Gottopo *et al* (2014)

La territorialidad Warao establecida a partir de un bioma (los humedales) o de una bioregión (el sistema deltaico), encuentra correspondencia tanto en la tradición oral y mítica de este pueblo, como en datos etnohistóricos. De acuerdo a su geomorfología, topografía, crecidas de las aguas e influencia de las mareas oceánicas, el delta del Orinoco se divide en tres subregiones: Delta Inferior o Bajo Delta, Delta Medio y Delta Superior o Alto Delta. Dichas divisiones presentan importantes variaciones ecoambientales entre sí, que determinan diferencias en los tipos de suelo, los sistemas hidrológicos, las precipitaciones, la temperatura atmosférica, los tipos de vegetación y el comportamiento de la fauna. Tales diferencias parecen tener relación con variaciones culturales observadas entre los Warao, al punto que, de acuerdo a su ubicación geográfica y/o procedencia, se ha llegado a hablar de diversos subgrupos Warao (Gassón y Heinen, 2012).

Básicamente, las variaciones en la precipitación, temperatura, tipos de suelo y anegación de los terrenos, han determinado la presencia o no de ciertas especies de palmas explotadas tradicionalmente por los Warao. Las palmas de moriche, que requieren abundante agua dulce para su desarrollo, han colonizado con éxito las zonas parcial o perennemente inundadas del delta medio e inferior, extensiones conocidas por los Warao como *ohiduna*. Quizá esto explique el hecho de que los Deltas Inferior y Medio concentren más del 78% de la población Warao (Lasso *et al*, 2004), ya que una de las particularidades y elementos más representativos de la cultura de este pueblo lo constituye la explotación de la palma de

moriche. Lo anterior, encuentra correspondencia con los argumentos de autores (Wilbert y Ayala, 2007) que dividen al delta en dos zonas definidas a partir de la mayor concentración de población Warao y de la abundancia de un conjunto de palmeras estrechamente vinculadas a la economía y las formas de subsistencia de este pueblo (**Figura 2**). Dichas palmeras son la manaca (*Euterpe oleácea* y *Euterpe precatoria)*, el temiche (*Manicaria saccifera*), el moriche (*Mauritia flexuosa*) y el seje (*Jesenia bataua*).

Figura 2. Subregiones del delta del Orinoco



A: Delta superior. **B**: Delta inferior.

Fuente: Wilbert y Ayala (2007)

Dado que estas especies son parte neurálgica de los modos de vida ancestrales de los Warao, en las zonas donde ellas mejor proliferan se asentó la mayor parte de las poblaciones indígenas de la región. Así, mientras en el inferior abundan todas ellas, en el superior la manaca y el seje son en extremo raros, el temiche es inexistente y sólo el moriche presenta una amplia distribución, razón por la cual es en el delta inferior o bajo donde mayormente se concentran los asentamientos Warao (Wilbert y Ayala, 2007: 336-337).

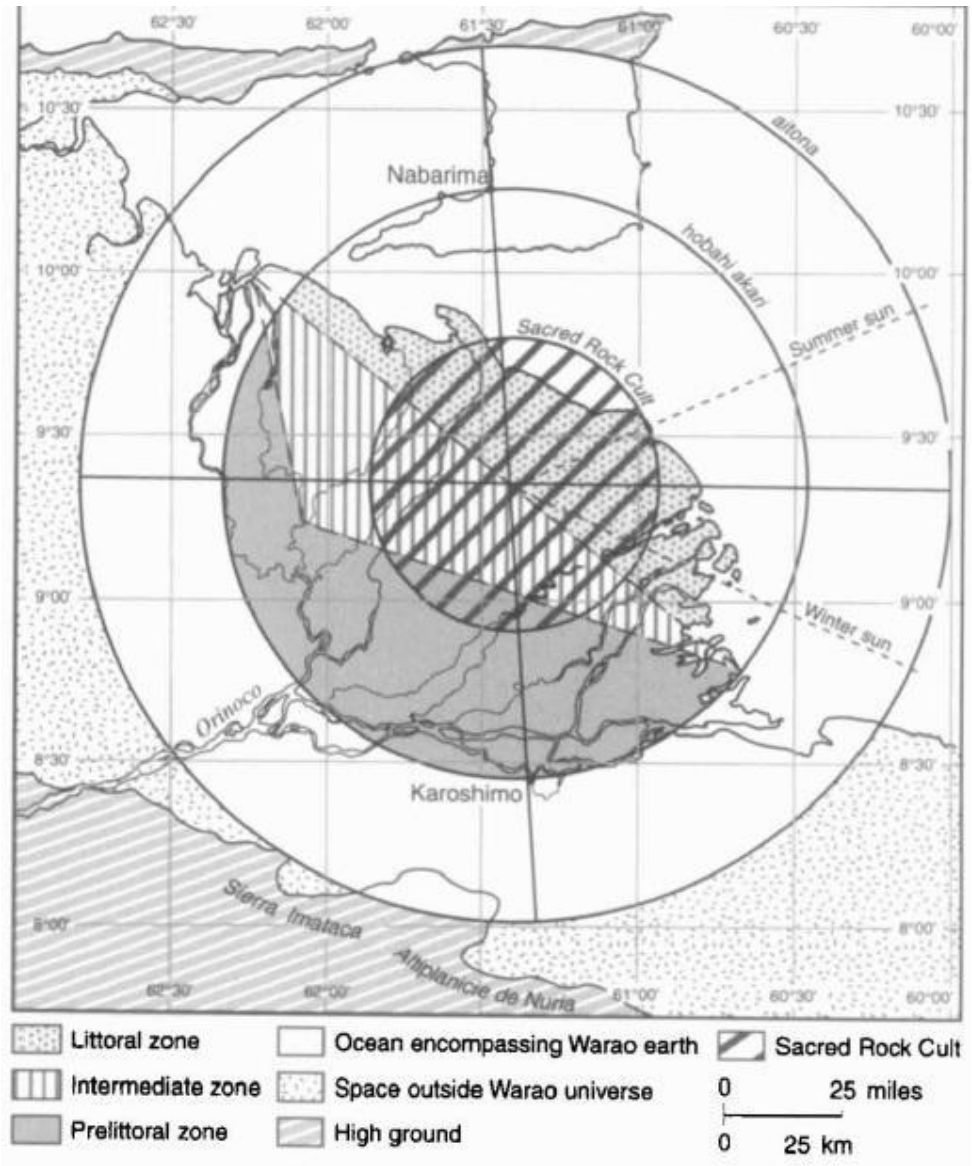
Sin embargo, desde la perspectiva Warao, el territorio ancestral es un disco que flota en un universo acuático (Wilbert J., 1979), sobre el cual la tierra se dibuja en un círculo dividido en cuatro cuadrantes, definidos a partir de dos ejes: norte-sur y este-oeste. La intersección

entre ambos ejes corresponde al centro del universo, y es el lugar exacto por donde descendieron del cielo los primeros humanos que colonizaron la tierra (*Cf* Vaquero Rojo, 2000a). A partir de ese punto, el mundo se irradia en un perímetro que coincide exacta y asombrosamente con los límites geográficos del delta de Orinoco, es decir, con la isla de Trinidad al norte, el Río Grande al sur, el caño Mánamo al oeste y el océano atlántico al este. Este territorio corresponde con las zonas pantanosas del delta central y bajo, hábitat de los *waharaowitu* o verdaderos Warao (Heinen y Gassón, 2008), territorio en el que este pueblo indígena se especializó a lo largo de 8000 años de ocupación.

Fuera de los límites del mundo, el universo se divide en dos zonas: la nada, tierra donde habitan dioses y seres sobrenaturales, y las tierras altas, es decir, tierra de *jotaraos*[2], forasteros, extranjeros o no Warao (**Figura 3**). De igual manera, los polos de la tierra, Naparima, en Trinidad, y Wakarima, en Imataca, anclan el mundo flotante de los Warao al firmamento, con estructuras que tienen forma de troncos de árboles secos. Estas estructuras sirven también de caminos o senderos que enlazan el mundo de los vivos con el sobrenatural, a través de los cuales únicamente los chamanes saben transitar (Wilbert, J., 1975).

[2]Con este término, traducible como "gente de tierras altas" (Heinen, 2011), los Warao designan a toda persona no perteneciente al pueblo Warao, independientemente de su procedencia, nacionalidad, condición étnica y/o apariencia física. En pocas palabras, *jotarao* es todo aquel que no es Warao.

Figura 3. Cartografía Warao del delta del Orinoco



Fuente: Wilbert, J. (1979)

En estos territorios, los Warao se organizaron en una estructura de poder flexible y poco jerarquizada. Su sistema político y económico es regido principalmente por el *aidamo* o jefe de familia de cada una de las unidades domésticas. Ellos encarnan la máxima autoridad política y organizan las labores de subsistencia que llevan a cabo los *nebu* o yernos, quienes tienen la responsabilidad de conseguir alimentos para la familia. Paralelamente, la esposa principal del *aidamo* (*janoko arotu*[3]) organiza y ordena las actividades económicas que corresponden a las mujeres, en este caso sus hijas, tanto

[3] Literalmente "dueña de la casa"

casadas como solteras, residentes en su unidad doméstica.

La reciprocidad y generosidad desempeñan un rol importante en la interacción social de los Warao. Dos maneras de realizar transacciones sociales son comunes en su sociedad: 1) El intercambio de un objeto escaso, y por ende valioso, por otro abundante y por tanto de poco valor. 2) La entrega de un bien sin esperar retribución, pero bajo el compromiso implícito de que el "favor" será devuelto cuando sea necesario. Lo anterior se traduce en una norma social tácita, según la cual quien dispone de algo está en la obligación de entregarlo a quien más lo necesite (Heinen, 2011).

En lo que respecta al ejercicio del poder público, un consejo compuesto por *aidamos,* conocido como *aidamotuma,* constituye la principal instancia de toma de decisiones colectivas que atañen a una comunidad o a un conjunto de ellas. No existen grandes especializaciones socioproductivas en la sociedad Warao, a pesar de que pueden presentarse habilidades personales que marquen una ligera tendencia a la especialización, como por ejemplo la elaboración de curiaras y/o las especializaciones chamánicas curativas. Por otra parte, el rol de cada género dentro de la estructura socioeconómica se complementa. Hombres y mujeres pueden desempeñar las mismas funciones en diversos escenarios o prestarse colaboración mutua. En algunos casos, ambos sexos pueden dedicarse por igual a ciertos oficios, como por ejemplo el chamanismo y la manufactura de objetos de moriche, mientras que en otros se complementan, como es el caso de la caza, la pesca, y de la siembra y cosecha en conucos. Si bien los hombres cumplen roles protagónicos en lo que respecta a la cacería y a la pesca, las mujeres pueden acompañarlos en la ejecución de tales actividades, desempeñando un papel activo en ellas. Igualmente, a pesar de que la participación de las mujeres en la recolección en los morichales y en la siembra y cosecha de los conucos es más destacada, ellas son ayudadas con frecuencia por los hombres. No obstante, ciertas tareas son inherentes a cada sexo: los hombres elaboran canoas, construyen viviendas y talan conucos, mientras que las mujeres buscan leña, encienden fuego, cocinan, reparten el alimento y tejen, a pesar de que algunos hombres pueden llegar a convertirse en expertos tejedores.

El estado Delta Amacuro, hábitat tradicional donde los Warao desarrollaron el sistema sociopolítico y económico antes descrito, muestra una de las tasas de mortalidad infantil más altas del país, a saber: 26,50 por cada 1.000 nacidos vivos (INE, 2011), cifra que –

según datos oficiales- prácticamente duplica la media nacional. Sin embargo, un estudio realizado en 2013 a 688 mujeres que tuvieron hijos en 97 localidades de siete regiones de la entidad (**Cuadro 1**), reveló que casi el 33% de estos murieron antes de cumplir el primer año de vida, siendo las enfermedades gastrointestinales la principal causa de muerte en los infantes (Villalba *et al*, 2013b). Los resultados de esta investigación determinaron que cada mujer Warao da a luz un promedio de 5,7 hijos, de los cuales el 32,84% muere principalmente por enfermedades fácilmente prevenibles y asociadas a la pobreza, tales como diarrea (63%) e infecciones respiratorias (18%). Casi la totalidad de todas estas muertes corresponden a niños menores de cinco años (97,3%), de los cuales la mayor parte son de sexo masculino (56,3%) (*Ibíd.*).

Cuadro 1. Mortalidad infantil en Poblaciones Warao.

Región	Madres encuestadas	Mortalidad Infantil
Capure	30	39,9
Curiapo	93	27,7
Makareo	39	24,7
Manamo	68	32,7
Mariusa	52	48,4
Nabasanuka	73	25,8
Guayo	333	30,7
Total	**688**	**32,84**

Fuente: elaboración propia según datos de Villalba *et al* (2013b)

La llegada de criollos a territorio Warao, la expansión de la actividad petrolera y de otras actividades extractivas (principalmente de madera y recursos pesqueros), aunadas a la expansión agrícola y ganadera, podrían haber dado forma al actual perfil sanitario de los asentamientos Warao, caracterizados por la precariedad y la escasez de servicios. Estas condiciones de marginalización y exclusión, han contribuido al desarrollo de enfermedades, especialmente de carácter infeccioso, entre las que cabe destacar la infección por VIH, dolencia que en la actualidad puede estar desbastando a la población Warao.

Más que un asunto meramente biológico, la salud y la enfermedad son resultado del contexto social, político y económico que prevalece en el entorno, en el cual las relaciones de poder establecen las condiciones materiales específicas que involucran y dan origen al desarrollo y propagación de enfermedades. Las alteraciones provocadas por la estructura del sistema dominante, hacen vulnerable al pueblo Warao desde el punto de vista

biológico, nutricional, social, económico, político y cultural. Por lo tanto, los altos niveles de inequidad y exclusión social a los que la población indígena está sometida, se evidencian en la alta morbilidad/mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas, en teoría superadas o controladas por la medicina occidental.

Diversos estudios han reportado problemas de salud severos que afectan a la población Warao, entre los que cabe destacar infecciones del tracto digestivo y respiratorio, tuberculosis, hepatitis virales y VIH (Rangel *et al*, 2012; Villalba *et al*, 2013ª; 2013b). Respecto a esta última, los estudios citados revelaron la existencia de prevalencias que oscilan entre 4,35 y 21% de la población en San Francisco de Guayo y comunidades aledañas. Estas cifras alcanzan niveles alarmantes si se toma en consideración que en el continente americano las tasas de prevalencia de la enfermedad no superan el 2%, y más aún si se parte de la evidencia de que en África subsahariana, lugar donde se concentran cerca de dos tercios de los seropositivos del planeta, la prevalencia alcanza al 5,2% de la población. Este escenario podría tener graves repercusiones para el pueblo Warao, ya que la exclusión, la desigualdad social y el grado de pobreza extrema en que se encuentra buena parte de la población indígena, la hace más vulnerable al padecimiento de epidemias contagiosas.

Dada la gravedad de los hechos expuestos, y entendiendo que el factor social ha sido determinante en la propagación del VIH en el pueblo Warao, la Defensoría del Pueblo y UNICEF acordaron la realización de un estudio exploratorio sobre los patrones culturales vigentes en materia de salud sexual y reproductiva de este pueblo, con el fin de brindar elementos contextualizados y actuales sobre las representaciones que tienen los Warao sobre sus prácticas e imaginarios sexuales, y la vinculación de estos con infecciones de transmisión sexual.

El trabajo está dividido en cinco partes. La primera explica los aspectos metodológicos de la investigación, es decir, los principios, estrategias e instrumentos de obtención de información utilizados; la delimitación del área de estudio; las técnicas y procedimientos de abordaje, así como las limitaciones y dificultades encontradas en campo para el desarrollo de la investigación.

La segunda muestra los resultados obtenidos por la investigación en torno a los patrones culturales de unión sexual vigentes entre los Warao. Estructurados bajo el siguiente esquema:

- Poder y género
- El aprendizaje
- Tabúes
- El tercer género. Las Tida-winas.
- Construcción del género y de la sexualidad
- "Oficialización" de la sexualidad y rituales de iniciación a la vida adulta
- La seducción
- Uniones conyugales
- Transgresiones de los patrones de unión sexual tradicionales
- La infidelidad
- Joas y hechizos

La parte concerniente a "Poder y género", describe las relaciones existentes entre la autoridad política tradicional y la condición de género en la sociedad Warao, la cual se legitima fundamentalmente sobre la base de una relación de subordinación preestablecida, de unos individuos ante otros, que se estructura a partir de la condición etaria y de la especialización médica-religiosa de los sujetos que detentan poder. Ambas legitimaciones del poder encuentran correlato en personas de sexo masculino y de sexo femenino, lo que hace suponer la presencia de cierta equidad de género en la sociedad Warao o, al menos, de una distribución del poder político asociada al género con diferencias menos abruptas que las manifiestas en el mundo occidental.

Seguidamente, el apartado titulado "Construcción social del género", da cuenta de las distintas etapas desarrollo psicosocial por la que transitan niños, niñas y jóvenes Warao en su devenir a la vida adulta y la madurez sexual, al tiempo que describe la manera en que las mismas van configurando la sexualidad y la adscripción de género de los jóvenes. Igualmente, se describen algunos procesos de endoculturación que construyen los patrones culturales asociados a cada género. Posteriormente, el inciso identificado como "Oficialización de la sexualidad y rituales de iniciación a la vida adulta", describe los procesos de construcción social de la sexualidad, así como las narrativas y prácticas que sirven de iniciación sexual a los jóvenes Warao. Llegado a este punto, es importante aclarar que las fotografías de niños, niñas y adolescentes que aparecen en esta parte del trabajo, no disponen de autorización de los representantes para su publicación, razón por la cual no deben aparecer en documentos públicos.

El capítulo siguiente, “la seducción”, da cuenta de algunas prácticas lúdicas que pueden abrir paso a relaciones de carácter sexual y/o matrimonial entre los jóvenes, mientras que el dedicado al “aprendizaje” describe las maneras, mecanismos y procesos mediante los cuales los Warao van conociendo el universo de la sexualidad. Seguidamente, se reflexiona sobre los tabúes sexuales en la sociedad Warao, con el fin de, posteriormente, describir los tipos predominantes de uniones conyugales en este pueblo indígena. Por último, se discute la noción de *oriwaka* o fiesta tradicional, y las transformaciones que la misma ha experimentado como consecuencia de la interacción transculturizadora con la sociedad criolla, así como las implicaciones que aquella tiene en la vida y salud sexual de hombres y mujeres Warao.

Posteriormente, se analiza la situación actual de salud en los asentamientos Warao del municipio Antonio Díaz, ya que la misma tiene una incidencia directa en la epidemia de VIH que padece este pueblo, lo que condujo a concluir que los problemas de salud en la sociedad Warao poco tienen que ver con sus patrones culturales tradicionales y mucho con la situación de exclusión, violencia estructural y procesos de transformación cultural a los que ha estado sometida desde la conquista europea hasta nuestros días. Finalmente, se proponen algunas recomendaciones resultadas tanto del presente estudio como de las percepciones y opiniones de algunos indígenas Warao.

A continuación, se introduce al lector y a la lectora en la problemática de salud sexual y reproductiva que en la actualidad los Warao experimentan. Asimismo, se aborda el contexto social y económico general en que se enmarca tal problemática, tomando como eje e hilo conductor la epidemia de VIH señalada. Igualmente, en esta parte, se da cuenta de ciertos cambios experimentados por la sociedad Warao en su sistema económico tradicional, como consecuencia de la interacción con la sociedad criolla, que podrían jugar un rol decisivo en el desarrollo de la epidemia de VIH. Por otro lado, se analizan las representaciones y prácticas que criollos, indígenas y personal de salud construyen en torno a la misma, con el doble objeto de conocer el contexto sociocultural en que se inscribe la enfermedad y de trascender -con ello- enfoques clásicos que no suelen considerar datos cualitativos, esenciales para la comprensión de los fenómenos que dan origen a las enfermedades (Zent y Freire, 2011), e ineludibles a la hora de diseñar políticas de prevención. Esta parte se fundamenta tanto en datos recabados por este trabajo, como en

estudios previos que han abordado el tema desde las Ciencias de la Salud. La intensión ha sido relacionarlos y/o complementarlos, para abordar la problemática de forma integral, conjugando los aspectos socioculturales y epidemiológicos involucrados en ella. Asimismo, se ha agrupado información concerniente al tema, dispersa en publicaciones inéditas y/o especializadas, en la mayoría de los casos en lengua inglesa, de escasa difusión fuera del ámbito científico, y de difícil acceso para el público general y los entes decisorios de acciones políticas concretas, que podrían ofrecer soluciones al grave escenario que experimentan los Warao en la actualidad. Por lo general, dichos estudios han abordado la problemática de manera parcial o, mejor dicho, desde algunas de las diversas aristas que lo componen y que lo configuran como un fenómeno complejo, que requiere de una mirada sistémica que dé cuenta de sus diversas dimensiones, tal como este trabajo pretende.

Igualmente, en esta parte se describen los sistemas médicos presentes en Delta Amacuro, así como la eficacia de cada uno de ellos para hacer frente a la situación de salud que la entidad presenta. Tres sistemas de salud podrían estar operando en los territorios ancestrales de los Warao: dos oficiales, gestionados por el Estado Nación, y uno tradicional, practicado por diversas especialidades médicas indígenas.

Los sistemas de salud están implicados en la rápida expansión de la epidemia de VIH en la población Warao. Además de presentar déficit de centros y personal médico, los sistemas de salud señalados trabajan de manera desarticulada y, en algunos casos, en antagonismo.
A pesar de que la medicina indígena puede convertirse en aliada de la biomedicina, en tanto considera que dolencias de origen occidental deben ser tratadas por especialistas criollos y, por tanto, remitidos a estos los pacientes con sintomatología de infección por VIH, los distintos sistemas médicos exhiben contradicciones entre sí, expresadas básicamente en la intolerancia e incomprensión de los sistemas oficiales frente al indígena.

I. Metodología

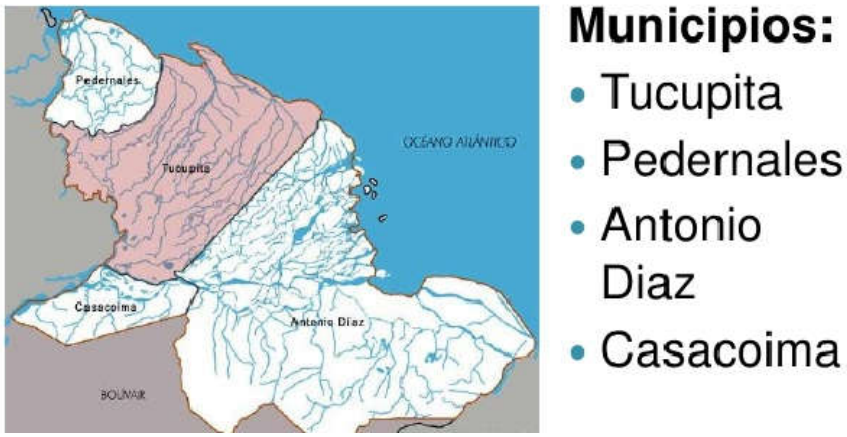
El presente estudio sobre los patrones culturales vigentes del pueblo Warao del municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro, en materia de salud sexual y reproductiva, es de carácter exploratorio, descriptivo y etnográfico, lo que supone que pretende caracterizar y dar cuenta de las representaciones, interpretaciones, valores, criterios y praxis

socioculturales predominantes, que este pueblo indígena pone en práctica en la actualidad, a la luz de sus propias reflexiones en torno a sus pautas de unión sexual, sus concepciones de salud y enfermedad asociadas a la sexualidad y a la transmisión del VIH, con el objetivo último de obtener y proporcionar información de primer orden que sea útil para las instituciones del Estado encargadas del diseño de políticas de prevención del VIH y del SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo en adolescentes, desde la perspectiva de los derechos humanos de los pueblos indígenas.

Delimitación del Área Estudio

La delimitación de la investigación en el municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro (**Figura 4**) responde a criterios metodológicos. Por un lado, en él se concentra la mayor parte de la población Warao del país (**Cuadro 2**), al tiempo que constituye el sexto municipio con más población indígena en Venezuela (**Cuadro 3**). Por otro lado, en dicha región se han focalizado las investigaciones más importantes realizadas en el país en materia de salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas, concretamente en torno a una infección por VIH que experimenta el pueblo Warao (Rangel *et al*, 2012; Villalba *et al*, 2013a; 2013b; Gottopo, *et al* 2014).

Figura 4. División político territorial por municipios, estado Delta Amacuro



Cuadro 2. Porcentajes de población Warao por municipios, estado Delta Amacuro.

Municipio	% de población Warao
Antonio Díaz	92,20
Pedernales	68,97
Tucupita	29,5
Casacoima	11,91

Fuente: Instituto Nacional De Estadística (INE)

Cuadro 3. Municipios con mayoría de población indígena.

ENTIDAD	MUNICIPIO	% POBLACIÓN INDÍGENA
AMAZONAS	1. ALTO ORINOCO	97,82
	2. MANAPIARE	95,57
	3. AUTANA	94,73
	4. ATABAPO	94,06
	5. MAROA	92,76
DELTA AMCURO	6. **ANTONIO DÍAZ**	**92,20**
AMAZONAS	7. RÍO NEGRO	91,70
ZULIA	8. GUAJIRA	88,25
BOLIVAR	9. GRAN SABANA	73,67
DELTA AMCURO	10. PEDERNALES	68,97

Fuente: Instituto Nacional De Estadística (INE)

El estado Delta Amacuro dispone de una población aproximada de 165.525 personas, de las cuales una cuarta parte (24%) se reconoció a sí misma como Warao en el XIV censo de población y vivienda de 2011. La mayoría de la población indígena del estado (87%), habita en sus territorios tradicionales en caños e islas del bajo y medio delta, mientras que apenas un 13% se distribuye en poblaciones urbanas y periurbanas. Este modelo de distribución de la población Warao, es opuesto al experimentado por el resto de los pueblos indígenas de Venezuela, según el cual 6 de cada 10 personas no habitan en sus territorios ancestrales, sino en diversos centros urbanos del país. Por el contrario, entre los Warao, esta tendencia se revierte, en tanto que 9 de cada 10 indígenas continúa residiendo en sus territorios y/o hábitats tradicionales (INE, 2011), principalmente, como se ha dicho, en los municipios Antonio Díaz (92,2%), Pedernales (68,97%) y Tucupita (29,5).

En este escenario, este estudio se plantea responder interrogantes como: ¿Cómo es entendida en la actualidad la relación salud-enfermedad asociada a la propagación, el contagio, diagnóstico y tratamiento del VIH y las ITS por parte del pueblo Warao del municipio Antonio Díaz? ¿De qué manera la salud sexual y reproductiva de este pueblo está siendo afectada por infecciones de transmisión sexual provenientes del mundo no indígena? ¿Cuáles son los indicadores culturales que caracterizan el estado de salud de esta población indígena en relación a dolencias de transmisión sexual de origen exógeno? ¿De qué manera la exclusión a la que tradicionalmente han estado sometidos los pueblos

indígenas en Venezuela ha incidido en la dificultad para aplicar tratamientos efectivos para el control y prevención del VIH y las ITS? ¿En qué medida la vulnerabilidad social característica de los pueblos indígenas, consecuencia de la marginación y la pobreza, los hace más propensos a padecer epidemias y pandemias de ITS? ¿Cuáles son las nociones tradicionales sobre los riesgos de contagio de ITS? ¿Cómo es la construcción social del género en este pueblo indígena? ¿Cuáles son las pautas de unión sexual de esta población y su relación con la propagación de infecciones de transmisión sexual? ¿Qué aspectos de la cultura tradicional Warao (hábitos, prácticas, relatos e imaginarios) afectan su estado de salud de cara a estas enfermedades? ¿De qué manera la cultura tradicional Warao y los cambios en ella impresos por el influjo de la sociedad criolla afectan o condicionan el embarazo en edades adolescentes? ¿De qué manera los hábitos sexuales y reproductivos actuales están influenciados por una ambivalente relación con el "mundo no indígena" que por un lado excluye de los servicios de salud y educativos y por otro impregna importantes y vertiginosos cambios en las prácticas culturales?

Métodos y herramientas de investigación

Para dar cuenta de las problemáticas sugeridas, esta investigación se valió del método etnográfico, el cual –a grandes rasgos- se propone describir prácticas y fenómenos socioculturales a través de la observación y participación en ellos del investigador, a fin de contrastar las praxis cotidianas de las personas con sus interpretaciones sobre dichas prácticas. Parafraseando a Geertz (1992) los datos etnográficos constituyen "descripciones densas" y detalladas sobre hechos concretos. Los sujetos socioculturales yacen inmersos en tramas de significación elaboradas por ellos mismos, por tanto, sus interpretaciones sobre la realidad, es decir, la cultura, se configura como un entramado de significaciones que modelan y dan sentido a los actos sociales, y precisamente es dicho entramado el que de algún modo "genera" los hechos sociales, los patrones de conducta, las instituciones y los procesos sociales. Desde esta óptica, las representaciones e imaginarios culturales son entendidos como interpretaciones de los sujetos de sus propias prácticas, comportamientos, hábitos, patrones y pautas. Por lo cual, una "descripción densa" debe acceder a estas interpretaciones, diferenciándolas de las interpretaciones propias del investigador, ejercicio al que sólo es posible arribar mediante el trabajo de campo etnográfico, ya que es en ese escenario donde el investigador puede involucrarse con las realidades que pretende describir.

Son varias las técnicas de recolección de datos usadas tradicionalmente por la etnografía, no obstante, en el caso que nos ocupa, ha sido el registro cotidiano y sistemático de observaciones en Cuadernos de Campo, junto a conversaciones informales con informantes clave y entrevistas no estructuradas, las fuentes principales de recogida de información en esta investigación. Todas estas técnicas engloban de a la investigación participante, el registro fotográfico y el mapeo de actores, las cuales también han sido herramientas de las que se ha valido el presente estudio para recopilar la información que se presenta.

El criterio principal para la elaboración del mapeo de actores clave, fue la percepción de las propias personas acerca de las figuras sociales que juzgaron o identificaron vinculadas a roles de autoridad, representación y/o vocería en su comunidad. De este modo, el mapeo de actores clave, en las comunidades visitadas, registró un total de diez figuras sociales que las personas asociaron a roles de representación y vocería comunitaria (**Cuadro 4**).

Cuadro 4. Figuras de autoridad y/o vocería registrados por el Mapeo de Actores

Informantes Clave	
Tradicional	**No Tradicional**
wisidatu	Personal de salud: enfermeros, médicos cubanos, pasantes de medicina (UCV)
Aidamos	Funcionarios públicos (alcaldía, gobernación, instituciones del Estado)
Hierbateras	Fuerzas de seguridad (Guardia nacional, policía estatal)
	Personal docente
	Líderes religiosos (católicos y evangélicos)
	Representantes de Consejos Comunales
	Líderes comunitarios, líderes políticos

Independientemente de que dichas categorías o roles sociales de autoridad y vocería en no pocos casos son personificadas por indígenas Warao, llama la atención que apenas tres de ellas sean de origen tradicional, mientras siete son de origen criollo o foráneo.

En cualquier caso, si bien el mapeo de actores permitió hacer una prospección de las figuras de autoridad de cada comunidad, la aplicación de entrevistas no estructuradas no se limitó únicamente a la lista resultante de dicha herramienta, por el contrario, las mismas también fueron aplicadas a personas cuyos nombres y funciones no resultaron del mapeo de actores sino de la convivencia en las diferentes comunidades visitadas. De hecho, la mayor parte de la información recopilada por este trabajo se nutre de la interacción con las

personas pertenecientes o vinculadas a las comunidades visitadas, tal como el método etnográfico supone y lleva implícito. Por otra parte, la estructura de poder tradicional de este pueblo indígena –como en casi todas las sociedades humanas acontece- no asigna roles de autoridad a niños y adolescentes, motivo por el cual estos no fueron reflejados por el mapeo de actores.

Recopilación de información

La información recopilada ha sido fruto de diversos trabajos de campo efectuados en 2014 y en marzo y abril de 2016. En ellos participaron cuatro investigadores, dos de sexo masculino y dos de sexo femenino, que entrevistaron, convivieron y conversaron ampliamente tanto con personas pertenecientes al pueblo Warao, como con otras de adscripción criolla o mestiza, así como con representantes de instituciones públicas, que habitan o hacen vida en el territorio ancestral de los Warao: el bajo delta del rio Orinoco. En algunos casos, las entrevistas y anotaciones de campo se complementaron con la experiencia surgida de la convivencia de los investigadores con varias familias de la zona, que no sólo tuvieron la amabilidad de hospedarlos en sus hogares, sino que además compartieron con ellos actividades diarias, rutinarias y cotidianas.

Foto 1. Lugar de residencia de los investigadores en una de las comunidades visitadas.

Por su parte, la selección del sexo de los investigadores tuvo por objeto facilitar el traspaso de las barreras sociales que en todo ámbito sociocultural impone la construcción social del género, la cual norma y estructura la interacción entre personas del mismo sexo y de sexo

diferente. Bajo esta premisa, la relación dialógica establecida entre etnógrafos y colaboradores puede verse afectada por la condición de género de los interlocutores, razón por la cual se decidió enviar a campo investigadores de ambos sexos.

Bajo estas premisas, se dialogó y entrevistaron personas pertenecientes a las siguientes comunidades: Curiapo, Curiapito, Cangrejito, Merejina, Arature, Murako, Jobure, San Francisco de Guayo, Usidu e Isla de Jobure. Se obtuvo un total aproximado de 2006 minutos de entrevistas, distribuidas en 48 entrevistas aplicadas a 19 personas autopercibidas como no indígenas (14 de sexo masculino y 5 de sexo femenino) y a 29 sujetos (18 hombres y 11 mujeres) que se reconocieron a sí mismos como pertenecientes al pueblo Warao, con edades comprendidas entre los 15 y 76 años de edad. Es importante destacar que varios informantes se rehusaron a que las conversaciones con ellos fueran grabadas, en estos casos se recurrió a la libreta de campo para recabar los datos emanados de dichas entrevistas.

Figura 6. Área prospectada por la investigación en el municipio Antonio Díaz

Asimismo, se aplicó una guía[4] de entrevistas no estructuradas a representantes de diversas instituciones públicas y religiosas características de la sociedad criolla (**Cuadro 5**).

[4] Las pautas que orientaron las entrevistas no estructuradas, y que sirvieron de base para la obtención de parte de la información que este trabajo recoge, son presentadas en anexos.

Cuadro 5. Representantes de Instituciones públicas y religiosas criollas entrevistados

Institución	Rango, cargo y/o funciones
Guardia Nacional Bolivariana	Oficiales, suboficiales y tropa
Misión Barrio Adentro	Personal de salud (médicos comunitarios, enfermeros, técnicos sanitarios)
Universidad Central de Venezuela, Escuela de Medicina "José María Vargas"	Pasantes
Sistema Nacional de Salud	Enfermeros
Sistema de Educación Media y Básica	Docentes
Policía del estado Delta Amacuro	Funcionarios policiales
Alcaldía del Municipio Antonio Díaz	Funcionarios, empleados y trabajadores
Sacerdotes y líderes religiosos	Iglesia católica Iglesia evangélica
Consejos Comunales	Voceros
MERCAL	Trabajadores

Instrumentos de recolección de datos

Partiendo de los fundamentos metodológicos expuestos, para el presente estudio se diseñaron dos instrumentos que orientaron la recolección de datos en campo, tanto a través de la observación participante como de las entrevistas no estructuradas. Tales instrumentos contemplan las categorías generales que guiaron el trabajo de campo. Ambos instrumentos fueron diseñados de forma separada, ya que atañen dimensiones distintas de la realidad de estudio: por un lado, los registros concernientes al contexto (la comunidad), desde el cual emanan los datos etnográficos, y por otro los datos relacionados con los patrones actuales de unión sexual y salud reproductiva del pueblo Warao del municipio Antonio Díaz, en relación con la transmisión y propagación del VIH.

El primer instrumento tiene por objeto agrupar información general sobre varios aspectos de las comunidades abordadas, a fin de proporcionar una descripción del contexto en el que tiene lugar el fenómeno estudiado. Estos aspectos descriptivos se definen en la *Guía de Caracterización de Comunidad* y son: 1) Localización de la comunidad; 2) Población; 3) Vivienda e Infraestructura; 4) Vías de Acceso; 5) Servicios Públicos; 6) Centros Educativos y de Salud; 7) Organización Económica; 8) Organización Política; y, 9) Programas Sociales (gubernamentales y no gubernamentales).

No obstante, la información concerniente al contexto de las comunidades abordadas no emanó únicamente de este instrumento, sino que también derivó de la observación directa y de la información recabada a través de entrevistas a actores clave.

Por su parte, el segundo instrumento tuvo por objeto condensar la indagación sobre sexualidad y salud reproductiva en el pueblo Warao, recabada a través de entrevistas y de la observación participante. Se intentó que la información emanada de cada entrevista contuviera, de forma explícita, todos los aspectos o temas especificados en el instrumento. Sin embargo, este objetivo no siempre fue cumplido ya que, en ocasiones, la dinámica dialógica del método etnográfico no dio pie a que ciertas temáticas o aspectos salieran a flote. Cuando situaciones como la descrita se presentaron, los etnógrafos intentaron cubrir los vacíos resultantes mediante la Observación Directa y conversaciones informales con los informantes.

Foto 2. Comunidad Warao

El contenido de cada uno de los instrumentos de recolección de datos aplicados, fue mostrado y explicado a las autoridades locales de cada comunidad abordada, con el fin de que tuvieran un panorama claro de las características del proyecto. Es de destacar que en algunas oportunidades no fue posible dialogar con autoridades tradicionales para dar a conocer la investigación y obtener el visto bueno para su ejecución, por no encontrarse

estas en la comunidad al momento del arribo del equipo de investigación. En estos casos, siguiendo instrucciones de los propios habitantes de las comunidades, se procedió a aplicar el protocolo descrito a cada uno de los jefes (*idamos*) de la familia extendida Warao, ya que, más adelante se verá, ellos constituyen la unidad básica y estructural de poder en la sociedad Warao. Asimismo, se dio el caso de mujeres que se identificaron como cabezas de familia ante la ausencia de sus esposos, por lo que en ocasiones los investigadores consiguieron la autorización de estas para llevar a cabo su trabajo. Estas particularidades dan cuenta de cierta flexibilidad y equidad de la sociedad Warao en lo que al ejercicio del poder compete, elemento sociocultural que será abordado en líneas subsiguientes.

Foto 3. Comunidad Warao

Identificados y contactados los y las posibles informantes, se procedió a explicar, nuevamente, a cada uno de ellos, de manera individual, los motivos de la investigación, sus objetivos, los entes e instituciones involucrados y los métodos de trabajo a utilizar. Igualmente, se les mostró una copia de ambas *guías de observación* a los colaboradores e informantes para que conocieran en detalle los intersticios de la investigación. Finalmente, una vez manifestada por parte de los informantes la disposición para colaborar y participar en el estudio, se solicitó a cada uno de ellos firmar un consentimiento informado donde se

pone de manifiesto las intenciones y características del proyecto, las instituciones y personas en él involucradas, el uso que se dará a la información obtenida, la garantía del derecho al anonimato y a deslindarse unilateralmente de la investigación cuando el colaborador lo considere pertinente, entre otras normas generales que establecen las bases éticas de la interacción entre los investigadores y los informantes.

A pesar de la necesidad y obligatoriedad de los consentimientos informados como herramientas éticas-jurídicas que garantizan el cumplimiento de algunos derechos de los informantes en su relación con los investigadores y el "saber" que estos generan, mediante la superación parcial de resquicios colonialistas que supone la interacción investigador-informante en tanto reproduce la dicotomía dominado-dominador, propia de la sociedad occidental, que extrae, e incluso saquea, información patrimonial de los pueblos indígenas sin que estos obtengan beneficios de ella (Rabinow, 1992), la aplicación de los mismos -en el caso que nos compete- no puede ser catalogada como totalmente exitosa. En algunos casos los informantes no accedieron a firmar los consentimientos informados –aunque sí a colaborar con la investigación- alegando razones varias, mientras que en otros casos los investigadores se vieron obligados a no solicitarlos cuando el informante es analfabeto.

En el primer caso, los sujetos adujeron –a pesar de estar de acuerdo en participar en el estudio- que en repetidas oportunidades fueron persuadidos por *jotaraos*[5] o criollos para firmar bajo engaño solicitudes que legitimaban a una persona para postularse o ejercer un cargo público o político. Otros manifestaron conocer casos de personas que fueron estafadas por otras que les hicieron firmar documentos que les forzaron a vender o ceder, sin su consentimiento, dinero o algún bien en particular, mientras que algunos no accedieron a firmar sin aducir razón alguna, situaciones antes las cuales los investigadores no pidieron explicaciones para no contravenir la voluntad de los informantes.

Por otra parte, en algunas oportunidades las personas declararon no saber leer ni escribir, ni disponer de una persona de confianza que pudiera leerles el contenido de los documentos. Ante estas coyunturas, los investigadores procedieron a leer y explicar –a los sujetos que declararon no saber leer- los propósitos de la investigación y las normas que la regulan, es decir, el contenido de los consentimientos informados. No obstante, decidieron no solicitar

[5] Término en idioma Warao que designa a toda persona que no pertenece al pueblo Warao.

la firma de dichos informantes para evitar incurrir en prácticas poco éticas, ya que estos estaban impedidos de certificar y comprobar la autenticidad de lo manifestado verbalmente por el etnógrafo.

Situaciones como las descritas ponen de manifiesto limitaciones, contradicciones y paradojas que rodean a la noción del consentimiento informado en el estudio de realidades que atañen a pueblos indígenas, a pesar de las buenas intenciones que motivan su puesta en práctica.

Aunque algunos de los argumentos que legitiman el uso del consentimiento informado en la investigación sociocultural apuntan a la horizontalización de las relaciones informante-investigador(a), en tanto podría favorecer el empoderamiento de las y los sujetos en el direccionamiento de la investigación y en el uso de la información generada por esta, el consentimiento informado tal vez podría dificultar el diálogo intercultural, ya que el mismo se materializa a través de una figura, o contrato, característica de la sociedad occidental y por lo tanto ajena a las culturas aborígenes, donde la oralidad –más que los contratos escritos- juega una papel primordial en el ordenamiento ético-jurídico tradicional. En cualquier caso, corresponde a los especialistas en jurisprudencia y derechos humanos evaluar la pertinencia de la noción del consentimiento informado, como contrato escrito, en el establecimiento de relaciones interétnicas horizontales y respetuosas entre los pueblos indígenas y la producción de saber científico.

Actores y colaboradores(as) involucrados(as) en la investigación

Como puede apreciarse en los consentimientos informados presentados en Anexos, las y los investigadores se comprometieron a salvaguardar y proteger el anonimato de las personas que colaboraron en el desarrollo del presente estudio, razón por la cual nos vemos impedidos de revelar sus identidades. Asimismo, algunos informantes señalaron que es práctica frecuente en la entidad que algunos dirigentes políticos regionales expongan al escarnio y a la difamación a las personas que denuncian problemas relacionados con la mala gestión de las políticas públicas en Delta Amacuro, llegando incluso a correr el riesgo de perder sus puestos de trabajo por hacer manifiestas irregularidades en la ejecución de las mismas. Al respecto, algunos informantes comentan:

> Tuve un hermano que fue concejal y tengo unas hermanas que, igual que yo son rojas rojitas, una hermana está al frente y tengo unas sobrinas también. Bueno, entonces ellas me contaron, cónchale, que tienen miedo de denunciar cuidando su puesto y cuidando, vamos a decir, su bienestar de estar con el partido (Roberta, líder Warao)

> …hay personas que son dirigentes del PSUV y no le dicen nada a los entes gubernamentales, porque primero defienden su posición en la política y segundo el puesto que tienen. Entonces ellos la información que tienen no se la dan a nadie… (Basilio, *wisidatu*)

> Los que denuncian con pruebas en las manos, a veces arremeten contra ellos y dicen que uno está diciendo eso porque uno es escuálido y todo eso, o uno es opositor, eso es lo que sucede aquí… cuando la gente protesta no es porque sea escuálido de la oposición, sino porque aquí los hospitales están muy mal (Marco, autoridad tradicional Warao)

Estos testimonios también exhortan a mantener el compromiso de no revelar la identidad de los que han colaborado con el desarrollo de este trabajo. Así mismo, asegurar el derecho al anonimato de las personas que nos han confiado sus testimonios, no debería ser un inconveniente para la planificación y ejecución de acciones concretas que pongan fin a la grave situación de salud que hoy padece el pueblo Warao, ya que las mismas deben pasar por procesos de consulta a las comunidades afectadas, en los cuales serán fácilmente identificables los individuos y grupos dispuestos a colaborar y trabajar con las instituciones del Estado encargadas de poner coto a los fenómenos que hoy afectan de forma severa la cotidianidad de la mayor parte de este pueblo. Igualmente, las problemáticas descritas por esta investigación no constituyen un secreto y son harto conocidas en la región, razón por la cual respetar el compromiso adquirido de preservar la identidad de nuestros informantes no pone en entredicho ni deslegitima la realidad por ellos narrados.

II. Pautas sexuales y reproductivas actuales

En la sociedad Warao el sexo no es un tema de conversación recurrente. De sexo, se habla poco y con discreción. Cuando adultos, las relaciones entre hombres y mujeres son distantes y cautelosas, y a niños y niñas se les llama la atención si se les escucha hablar de sexo. Los vínculos sexuales fuera del matrimonio son mal vistos, y las infidelidades motivo de peleas y reclamaciones. En el pasado ser infiel a la pareja justificaba la activación de la *Monikata* (literalmente problema), tribunal comunitario que imponía castigos y penalidades a los infractores de normas sociales. Las sanciones aplicadas por esta instancia a maridos y esposas infieles podían ser severas y ejemplares. Atar por los pies al infractor y colgarlo de cabeza; atarlo de manos y pies bajo el sol; prolongados ayunos; trabajos forzados en los conucos de la víctima de la infidelidad, e incluso azotes,

podían ser castigos aplicados en el pasado a las personas que engañaran sexualmente a sus parejas. No obstante, en la actualidad, estos castigos ya no son practicados, aunque sí se condena y recrimina moralmente la infidelidad conyugal.

Poder y género

A simple vista la representación de poder y/o de autoridad más ostensible en la sociedad Warao la encarnan hombres, específicamente en la figura del *aidamo* y del *wisidatu*[6]. Este hecho es verificado por las más importantes etnografías que sobre este pueblo se han escrito (Heinen, 1980; 1982; 2011; Turrado Moreno, 1945). *Aidamo* o *idamo* –como se ha dicho- designa la categoría usada para distinguir al cabeza de la familia extendida Warao, constituida por el hombre de mayor edad de la unidad residencial, en la cual –según el modelo tradicional- habitan con él su esposa, sus hijos e hijas solteras y sus hijas casadas, junto a sus descendientes solteros y sus respectivos maridos o yernos del *aidamo* (*nebu*), siguiendo un patrón de residencia postmatrimonial uxorilocal, según el cual, al concretar la unión matrimonial los hombres abandonan el hogar de sus progenitores para residir en el grupo familiar de los padres de sus esposas, a los que deben prestar diversos servicios económicos (construcción de viviendas, obtención de alimentos, etc.), que son dirigidos y ordenados por el *aidamo* (Heinen, 2011). Por esta razón, la sociedad Warao tradicional aprecia más que una familia tenga más hijas que hijos:

> Antiguamente también si una pareja tiene puras hijas, y no tiene varones, era como bendecida pues. Porque cuando se casan todos los yernos van aquedar en su casa, y los yernos son los que mantienen a los suegros. Los que tienen sus hijos varones, saben que van a ser parte de otra familia. Los que tienen puros varones pierden a sus hijos (Benigno, hombre Warao).

El yerno, *nebu*, está en la obligación de trabajar para sus suegros, lo que implica cubrir con todas las necesidades de manutención de estos. Sin embargo, fuera de la subordinación económica, tiene prohibido establecer cualquier tipo de relación con la suegra, incluso mirarle a la cara o dirigirle la palabra (Heinen, 2011). Toda interacción íntima con las mujeres del *aidamo*, es exclusividad de este y de la descendencia consanguínea de ambos, el resto de los hombres, bien sean de la misma unidad familiar -es decir, los yernos- o de familias diferentes, están excluidos de tener trato cercano con ellas.

[6] Especialista médico que ejerce funciones religiosas y de sanación de dolencias y enfermedades.

No obstante, en la actualidad, el patrón residencial y el modelo familiar tradicional Warao han ido flexibilizándose y experimentando importantes transformaciones. Según personal de salud de la región, el "regalo" de bebés, de niñas y de niños pequeños es frecuente entre la población indígena y criolla, dadas las dificultades que presentan muchas familias para alimentar a sus hijos e hijas, razón por la cual "prefieren regalarlos a que mueran de hambre y enfermedades gastrointestinales", según palabras de un médico de la zona, quien además ha señalado que en la actualidad las niñas son las que mayormente son cedidas o regaladas, quizás porque las alteraciones en el sistema económico tradicional Warao han incidido en que las mujeres pierdan el protagonismo que en él antes tuvieron.

Igualmente, es posible identificar alteraciones en el patrón familiar tradicional, en hogares indígenas –particularmente en comunidades próximas a centros poblados criollos y misiones católicas- donde hombres casados habitan con sus cónyuges e hijos en el grupo familiar de sus progenitores. Las razones aducidas por los informantes para explicar estas alteraciones en el patrón tradicional, fueron diversas, sin embargo, todas pueden ser resumidas en dos grandes categorías, a saber, la desaprobación de la unión por parte de los padres de la novia y la mayor cercanía del hogar paterno de los maridos de los centros de bienes y servicios de la sociedad criolla. Por lo cual, podría señalarse a la dependencia de servicios y bienes de consumo de la sociedad nacional, como una de las causas que inciden en la ruptura de los patrones residenciales y familiares tradicionales de los Warao. Igualmente, se obtuvo testimonios de uniones homosexuales, tanto femeninas como masculinas, en las cuales se dificulta verificar la continuidad del patrón tradicional de residencia. En cualquier caso, los hombres solteros y casados, bien sean yernos o hijos del cabeza de familia, están subordinados a este, ya que es él quien ordena, asigna y supervisa las labores diarias que estos han de emprender para satisfacer las necesidades del grupo familiar.

Por su parte el *wisidatu* personifica al principal y más importante especialista médico-religioso entre los Warao. Su función principal consiste en mantener a salvo a su comunidad de la acción perniciosa de chamanes enemigos, capaces de introducir enfermedades en el cuerpo de sus víctimas, así como de los *jebus*[7], quienes, a la luz del

[7] Entidad sobrenatural, demonio o espíritu, responsable del padecimiento de enfermedades entre los Warao.

sistema médico tradicional, son origen y causa de las dolencias o percances que puedan padecer algunos individuos o toda una comunidad.

Los *wisidatu* son concebidos como chamanes del bien, en tanto detentan el poder de sanar o detener, mas nunca de producir o despachar, el padecimiento de enfermedades, las cuales son generadas por la acción intencional de demonios, fuerzas chamánicas malignas y/o por olores fétidos que penetran el cuerpo a través del aire o del agua, como más adelante será explicado. En consecuencia, los rituales, técnicas y procedimientos de sanación, así como el especialista encargado de ponerlos en práctica (el *wisidatu*), no pueden ser entendidos escindidos de las representaciones y prácticas religiosas del grupo. La labor del *wisidatu* no se limita a asegurar la salud individual de sus coterráneos, mediante rituales de sanación que involucran la interacción con entidades sobrenaturales que afectan la salud del cuerpo enfermo, o remitiéndolos al sistema de salud criollo cuando la enfermedad es de origen foráneo, sino que además involucra la consecución de la salud pública o colectiva del grupo, a través del oficio de ceremonias religiosas como la del *Naja Namu,* que tienen como fin suministrar alimentos u ofrendas (fundamentalmente humo de tabaco y sagú de moriche o *yuruma*) a los *jebus,* con el objeto de aplacar su apetencia por las enfermedades y los trastornos de salud en las personas. La medicina Warao agrupa, en consecuencia, la dimensión social y colectiva de las enfermedades.

Ambas figuras, *aidamos* y *wisidatus*, personifican las estructuras de poder y autoridad tradicional más ostensibles entre los Warao. Sin embargo, si bien la autoridad del *aidamo* se circunscribe fundamentalmente a su grupo familiar, al igual que ocurre con los *wisidatu,* sus opiniones son consideradas y respetadas por todo el grupo social, máxime si se toma en consideración que estos son parte constitutiva del consejo de ancianos, máxima instancia en la toma de decisiones políticas, donde cada uno de los grupos familiares de una comunidad están representados por su respectivo *aidamo*.

En cualquier caso, si bien las representaciones de poder tradicional aparentemente más notorias o evidentes, son encarnadas por hombres, las mujeres personifican importantes roles de autoridad, algunas veces del mismo cuño y características que el desempeñado por algunos hombres. En efecto, se ha constatado la presencia de mujeres *wisidatu* en algunas comunidades del delta, igualmente, decisiones importantes de orden colectivo y familiar, como recibir y hospedar visitantes y extraños en la comunidad (entre ellos antropólogos),

pueden ser tomadas por mujeres sin consultar necesariamente a autoridades masculinas. Por otra parte, es reconocido entre los Warao la importancia y eficacia de mujeres hierbateras en la cura y sanación de enfermedades. Asimismo, la relación de poder-subordinación estructurada en el vínculo social entre *aidamos* y *nebus,* se reproduce y proyecta en la relación madre-hijas-nietas (Vaquero Rojo, 2000[a]), por lo tanto el ejercicio del poder legitimado a partir de cualidades mágicas y curativas, así como en la relación social de subordinación de una categoría de adscripción social frente a otra (aidamo-nebus; madre-hijas-nieta), no es exclusividad de algunos hombres, sino que por el contrario se extiende a algunas mujeres, lo que podría dar cuenta de cierta equidad entre los géneros, o al menos de una más dilatada que aquella a la que estamos acostumbrados en occidente.

De igual manera, como se ha dicho, la sociedad Warao manifiesta pocas especializaciones en lo que a la división sexual del trabajo se refiere. Como en toda sociedad, existen trabajos, oficios y desempeños asociados al género, de este modo, las mujeres son responsables por la elaboración y preparo de alimentos, de buscar leña, tejer objetos con fibra de moriche y son más esmeradas en el cuidado de los niños. Por su parte, los hombres fabrican curiaras y canaletes, construyen *janokos*[8], talan para preparar el terreno de conucos, cazan y pesca. Sin embargo, ellos también pueden desempeñarse como expertos tejedores y no son ajenos al cuidado de niños y bebés, mientras que la participación de mujeres en campañas de caza y pesca es frecuente.

Estas prácticas sociales y manifestaciones culturales de los Warao, los prefiguran como una sociedad con desigualdades de género aparentemente poco abruptas, donde las barreras sociales que marcan las distinciones de entre hombres y mujeres, se manifiestan en un nivel de laxitud que, en no pocos casos, pueden ser permeadas, franqueadas y traspasadas, sin que ello necesariamente suponga sismas y conflictos sociales. Esta peculiaridad cultural, podría jugar un papel en la construcción social del género y de la sexualidad en este pueblo indígena.

[8] Vivienda palafítica típica de los Warao que se caracteriza por carecer de paredes, aunque pueden usar petates de hojas de palma para detener el paso del viento. Actualmente es posible ver adaptaciones de janokos con paredes de madera, plástico y hasta bloques de cemento.

Construcción del género y de la sexualidad

Primeras etapas

Entre los Warao son varias las categorías utilizadas para medir o marcar las diversas etapas de desarrollo por las que transita una persona desde su nacimiento hasta su vida adulta. Sin embargo, las mismas pueden variar de acuerdo a diferencias dialectales y/o regionales que presentan los habitantes ancestrales del delta del Orinoco (Amodio, 2005). Así, cuando un bebé Warao viene al mundo es llamado *jorosimo*, independientemente de si se trata de un niño o de una niña. Posteriormente, cuando el bebé empieza a arrastrarse y gatear, deja de ser un *jorosimo* para convertirse en *kabaka*[9]. Seguidamente, cuando camina, deviene en *kanisaya.* Poco después, al cumplir el primer año y hasta los 6 ó 7 años de edad aproximadamente, todo niño o niña Warao es conocida como *nebokomoko.*

Foto 6. Jorosimo

Durante las tres primeras etapas de vida, la construcción social del género parece no manifestarse tajantemente, de modo tal que niños y niñas son englobados en las mismas categorías de representación identitarias, lo que encuentra eco en el hecho de que los cuidados y atenciones que reciben, las canciones y cuentos con que son arrullados, las aéreas y lugares de juego, e incluso los juguetes con los que se entretienen (curiaras, canaletes y/o animales en miniatura tallados en madera por los padres), no marcan

[9] Amodio (2005: 409) recoge la denominación *noboto mojoya naría* (niño que camina sobre sus manos) para referirse a lo que según nuestros datos corresponde a *kabaka* o bebé que gatea.

necesariamente diferencia ni distinción de género, ya que son los mismos para niños y niñas.

No obstante, a la distinción de *nobokomoko* puede superponerse a la de *tida sanuka* (mujer pequeña) y a la de *nibora sanuka* (hombre pequeño). Es decir, las y los niños de 1 a 7 años de edad pueden ser entendido de modo genérico, sin adscripción de género, bajo la categoría de *nobokomoko,* sin embargo, y al mismo tiempo, en circunstancias que así lo ameriten, el *nobokomoko* puede ser llamado *tida sanuka* o *nibora sanuka*, añadiéndosele así, socialmente, un estereotipo del género al infante de 1 a 7 años.

Un *nobokomoko* por tanto, en ciertas, circunstancias puede ser entendido como una mujer o como un hombre pequeño, lo que hace sospechar de una etapa intersticia o intermedia entre la infancia y lo que en occidente conocemos como pubertad, en la cual al niño y a la niña Warao, tentativamente, se les asigna un género sin que este necesariamente sea determinante en la construcción de su identidad social o, mejor dicho, sin que este afecte su condición de infante, biológica, psíquica, cultural y socialmente, no apto para el ejercicio de la actividad sexual.

Foto 7. Kabaka

Foto 8. Kanisaya con su abuela

Foto: Michell Conna

En cualquier caso, cuando las y los niños Warao se convierten en *nebokomoko*, sus espacios y tipos de juego pueden variar. Si bien niños y niñas comparten actividades lúdicas, es decir, que juegan juntos y a las mismas cosas, también empiezan a darse asociaciones y disociaciones entre ellos definidas a partir del género. Dicho de otra manera, los niños empiezan a jugar entre sí juegos y con juguetes distintos al de las niñas, que -por su parte- hacen lo propio.

Algunos informantes se refirieron a esta etapa como influyente en la formación de un *tida-wina*, ya que puede darse el caso de un niño *nebokomoko* que en esta etapa de su crecimiento y desarrollo muestre preferencia por asociarse y compartir juegos con niñas. Igualmente, es común la idea de que es deber del padre y/o del abuelo "orientar" al niño que manifieste tales preferencias, con el fin de que desempeñen los roles sociales esperados para su sexo. No obstante, si tales orientaciones no cumplen su objetivo, se considerará que es decisión del niño, y se le dejará elegir y desempeñar su orientación de género por sí mismo. La presencia de la homosexualidad y/o bisexualidad en las familias Warao, rara vez es motivo de escándalo.

El cuadro que sigue resume las diversas etapas de desarrollo registradas entre los Warao del municipio Antonio Díaz.

Cuadro 6. Etapas de Desarrollo entre los Warao[10]			
Jorosimo	Bebé recién nacido		Sin discriminación de género
Kabaka	Bebé que gatea		
Kanisaya	Bebé que camina		
Nebokomoko	1 a 7 años	Tida Sanuka Nibora Sanuka	Adscripción de género relativa
Anibaka	Mujer de 7 años hasta la menarquía		
Nebukabakaba	Hombre de 7 a 14 años		
Neburatu	Hombre de 14 años hasta alcanzar la edad adulta		
Iboma	Mujer en transición a la edad adulta o con edad de contraer nupcias		
Tida	Mujer adulta		
Nibora	Hombre adulto		

Etapas intermedias

A partir de los 7 años de edad, aproximadamente, cada niña y niño Warao es distinguido por su género. De este modo son llamadas *anibaka* las niñas entre siete años y la edad de su primera menstruación, mientras que los niños de 7 a 14 años son llamados *nebukabakaba*. Amodio (2005) sugiere que esta etapa de desarrollo podría ser equivalente a la de la pubertad en occidente, lo cierto es que cuando transitan por estos periodos, los niños Warao juegan a ser mayores (a pescar, cazar, ser comerciantes, guardias, entre otros), o desempeñan actividades lúdicas en las cuales van adquiriendo destrezas necesarias para la vida en el bajo delta, tales como carreras de curiaras y/o de nado. Igualmente, acompañan a sus padres y tíos en faenas de carácter económico como recolectar, talar, cazar y pescar alimentos en caños e islas. Es característico del joven *nebukabakaba* que paulatinamente sus actividades y juegos lo vayan alejando de la vivienda familiar, aunque en las etapas finales de esta fase se espera que un joven *nebukabakaba* sea capaz de contribuir con una parte de la alimentación de su grupo familiar o de llevar a él algo de dinero.

[10] Amodio (2005:23) registra los siguientes datos sobre las etapas de desarrollo entre los jóvenes Warao:

Años	**Niños**	**Niñas**
Primeras 3 semanas	Jorosimo	Jorosimo
Hasta que comience a gatear	Jiota	Jiota
2-5 años	Nibora sanuka	Tida sanuka
6-11 años	Nobotoida	Anibaka
Después de los 11/12 años	Neburatu	Iboma

Foto 9. Nebukabakabas y Anibakas vendiendo frutos del bosque.

Mientras tanto, las niñas *anibaka* acompañan a sus madres, tías y abuela al conuco y a buscar leña, colaboran con ellas en la elaboración y preparo de alimentos, cuidan a los más pequeños, tejen, y paulatinamente van aprendiendo de sus parientes femeninos cercanos los remedios que pueden encontrarse en la naturaleza, morichales y huertos, para curar determinadas dolencias (Ayala y Wilbert, 2001). Este proceso de aprendizaje va de la mano con juegos que emulan oficios propios del género de las *anibakas*, tales como cocinar, sembrar y cosechar en el conuco, así como curar enfermedades con hierbas, cortezas, hojas y raíces. De hecho, es común que a las niñas se les destine una pequeña parte del conuco familiar para que jueguen a sembrar y cosechar su propio ocumo, juego al que también pueden sumarse niños de menor edad o de edad equivalente, lo que puede ser reflejo de la relativa flexibilidad en la división sexual del trabajo que parece característica de la sociedad Warao. El ocumo cosechado por niñas y niños, después puede ser cocinado por las primeras y ofrecido a familiares y amigos, inaugurándose con este tipo de juegos los primeros rudimentos de la sexualidad de los Warao, como más adelante veremos.

Etapas finales

Al igual que acontece con los muchachos que transitan por la etapa de *bebukabakaba*, al final de la fase de *anibaka*, las niñas son capaces de desempeñar oficios y trabajos asociados a su género. Asimismo, en la parte final de esta fase, ambos sexos ponen en

práctica una serie de juegos que de alguna manera no sólo le aproxima a la exploración y al reconocimiento de su sexualidad, sino que también prefiguran relaciones que pueden desembocar en romances y uniones matrimoniales posteriores. No obstante, este aspecto será desarrollado más adelante, en el apartado concerniente a la seducción.

Con la llegada la menarquía, en las mujeres, y, en los hombres, del momento en que son capaces de construir *janokos* y conseguir alimentos para sí mismos y para otros, las muchachas y los muchachos Warao arriban a una última fase antes de alcanzar la adultez, en la cual el varón es llamado *neburatu* y la joven *iboma*. Según Amodio (2005), esta fase constituye –para ambos sexos- un pasaje a la edad adulta. En ella los muchachos y las muchachas Warao en la actualidad, pueden dar inicio a la exploración y a la actividad sexual, por lo general entre jóvenes de sexo diferente, aunque también puede darse entre muchachos del mismo sexo, mayoritariamente de sexo masculino.

Sin embargo, el inicio de la actividad sexual no es requisito ineludible para transitar por esta etapa, ya que muchos jóvenes Warao en edad de *neburato* o de *iboma* –sobre todo en comunidades relativamente aisladas de centros criollos- inician relaciones conyugales sin haber tenido experiencias sexuales previas. No obstante, la virginidad no necesariamente constituye un valor importante para la elección del cónyuge entre los Warao, a pesar de que la acción misionera de la iglesia católica ha introducido prejuicios que conllevan a la estigmatizan de las mujeres que no llegan vírgenes al matrimonio, por parte de algunos hombres.[11]

"Oficialización" de la sexualidad y rituales de iniciación a la vida adulta

Probablemente lo más distintivo de la fase de transición de los jóvenes Warao hacia la adultez, es que en las mujeres se inician con un ritual que supone el encierro de la núbil en una pequeña edificación, unos metros retirada de la unidad residencial, o en un rincón del *janoko* de sus padres, delimitado del entorno con hojas de temiche, sábanas o plástico, para asegurar que la muchacha no pueda ser vista. Durante los días que dure su primera menstruación, la joven podrá ser vista únicamente por algunas mujeres de su grupo familiar inmediato (madre, abuela, tías), que cuidaran de su higiene y alimentación. A la

[11] Algunos relatos de la narrativa oral Warao, asignan importancia a la virginidad (Ver Vaquero Rojo 2000b: 14-19). No obstante es difícil determinar hasta qué punto los mismos no han sido influidos por el catolicismo.

menstruante se le prohibirá ingerir alimentos ácidos, y una vez concluido su encierro se le cortará el cabello a la altura de la barbilla. A partir de ese momento, la chica y sus padres, a través del peinado característico pos encierro, conocido como *jiokaba*, estarán comunicando a toda la sociedad que la *anibaka* es ya una *iboma* y por lo tanto está lista para ser cortejada y decidir quién podría ser su futura pareja. A partir de ese momento, el padre y el abuelo de la joven se mostrarán especialmente recelosos ante cualquier hombre que, sin los consentimientos de estos, se aproxime a la nueva *iboma*.

Por su parte, el joven para convertirse en *neburatu* no atraviesa por rituales de paso que marquen socialmente su distinción como persona apta para contraer matrimonio y construir una familia. Como se ha dicho, es preciso que sepa construir viviendas y sea capaz de conseguir alimentos, ya que al respecto el padre o la madre de la novia le harán preguntas a las que deberá responder afirmativamente si desea que estos le otorguen el consentimiento y visto bueno para casarse con su hija. Sin embargo, sólo después que el padre del *neburato* sentencie *diana mauka a jarako ja* (mi hijo es capaz de conseguir comida), el joven podrá autopercibirse como un *nibora*, y por tanto sentirse legitimado para pedir a una mujer en matrimonio. No obstante, es costumbre que los padres del joven, apenas este se convierta en hombre o *nibora,* o en la etapa final de *neburato*, le aconsejen o intenten convencerlo de pedir en matrimonio a chichas de su preferencia, factor que no necesariamente es determinante en la elección de la pareja por parte del joven, ya que la decisión última al respecto recae en sus preferencias personales.

El aprendizaje

Es opinión común de los adultos, que tanto niñas y niños, como adolescentes Warao, descubren su sexualidad por sí mismos, sin que nadie les enseñe o instruya. “La cultura de nosotros los Warao es la práctica. Nosotros los Warao aprendemos con la práctica”, sentencia una maestra indígena para aclarar que los Warao aprenden todo lo relativo a su sexualidad de forma casi espontánea y autodidacta. Sin embargo, en viviendas sin paredes como las Warao, es factible que las y los niños desde temprana edad estén familiarizados con su sexualidad a través del conocimiento de la sexualidad de sus progenitores. No obstante, los adultos son muy cuidadosos protegiendo su intimidad sexual, especialmente

de las y los niños, por lo que prefieren practicar el sexo en el monte, los morichales y/o los conucos (**Foto 4**), si es de día, o –durante la noche- en el *janoko*, en silencio y con mucha discreción, mientras la familia duerme. Por esta razón, cuando se observa a una pareja salir sola del poblado en una curiara, todos, niñas, niños y mayores, saben que ambos se dirigen a un lugar distante de miradas y testigos, para tener relaciones sexuales en la intimidad.

Por las noches, las parejas que disponen de mosquiteros de tela de algodón, llamados "pabellones" y relativamente comunes en el bajo delta[12], sienten mayor confianza al momento de hacer el amor, pues consideran que en estos su intimidad está resguardada. Sin embargo, en una sociedad sin paredes como la Warao, como se ha dicho, nada excluye que adolescentes y niños no escuchen o hayan visto alguna vez a sus padres y parientes próximos manteniendo relaciones sexuales discretamente. Por otra parte, en la narrativa oral Warao, rica en cuentos, historias y canciones, usualmente escuchadas por niños, niñas y adolescentes, son frecuentes los relatos que remiten al componente sexual. Lo que puede constituir otro canal de educación sexual para los menores.

Foto 4. Conuco y morichal, lugares que las parejas Warao usan para tener relaciones sexuales.

[12] Como se ha dicho, desde el punto de vista geomorfológico y ambiental, el delta del Orinoco se divide en tres subregiones, a saber: Delta alto, medio y bajo, correspondiendo al bajo delta la zona donde tradicionalmente se ha asentado el pueblo Warao y donde se ubica el municipio Antonio Díaz, región en la cual se centró el trabajo de campo cuyos resultados se presentan en el presente estudio. Las características ambientales y culturales de cada una de las subdivisiones del delta son explicadas en la introducción de esta investigación.

Tabúes

Entre los Warao el sexo no es un tema de conversación recurrente, y –bajo el esquema cultural tradicional- tener relaciones sexuales puede implicar compromiso matrimonial. Mosonyi (1984) definió a la Warao como una sociedad conservadora en lo que a sexualidad se refiere. Sin embargo, si partimos del hecho de que en el mundo Warao la virginidad y la castidad no son virtudes especialmente apreciadas, pareciera que más que conservadora la Warao es una cultura donde la sexualidad no está sobrevalorada como en occidente, donde, desde cierta óptica técnico-médico-científica, la del psicoanálisis, la causa de algunos de los principales trastornos psicológicos proviene de la fuerza que rige lo sexual. Igualmente, desde la óptica religiosa, el sexo y la sexualidad constituyen pecados capitales de los que no fácilmente una persona puede libarse. Tales perspectivas de la sexualidad, como fuente y origen de trastornos, no son frecuentes en el mundo Warao, y si llegan a serlo es por consecuencia de la acción transculturizadora de la iglesia católica.

Una informante manifestó que "el único tabú sexual de los Warao es hablar de sexo", opinión compartida por casi todos las y los entrevistados. Las prácticas sexuales de este pueblo se caracterizan por transcurrir en medio de la discreción y de la reserva. Sin embargo, estas características no suponen necesariamente una actitud conservadora frente a la sexualidad, la cual –por el contrario- en el mundo Warao parece expresarse sin mayores restricciones que en las sociedades occidentales.

Probablemente las apreciaciones, cargadas de juicios de valor, que sobre la sexualidad Warao emiten religiosos y criollos que con ellos han convivido (promiscuidad, sexo con

menores o adultos mayores), tengan más que ver con la sobrevalorización que de lo sexual se tiene occidente, es decir, más con estereotipos culturales que con la importancia que los propios Warao asignan a sus prácticas y representaciones sexuales.

Sea como sea, el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes es también considerado tabú, y severamente rechazado. Al punto de que, en tiempos pasados,como se ha dicho, esta conducta ameritaba la instalación de la *monikata*, tribunal tradicional compuesto por ancianos de las comunidades, que imparte sanciones severas a los ejecutores de delitos graves. No obstante, la *monikata* en la actualidad apenas mantiene vigenca, y el abuso y la explotación sexual de menores acontece en comunidades Warao cultural y socialmente desestructuradas por influencia del mundo criollo. En este sentido, se obtuvo testimonios que señalan que en comunidades aculturadas y en situación de pobreza extrema, como Puerto Volcán o Janokosebe en Tucupita, el abuso sexual de niñas y adolescentes indígenas no es extraño. Igualmente, se conoció el caso de un grupo de hermanas y primas menores de edad que -para evitar ser abusadas sexualmente- se escondían bajo su *janoko* (**Foto 5**), sobre el agua o el pantano del rio, cada vez que sus tíos y primos consumían alcohol, ya que era práctica común que fueran objeto de abuso sexual por parte de sus parientes cercanos cuando estos estaban en estado de embriagues.

Foto 5. Parte de abajo de *janokos*

La seducción

Cuando una *anibaka* y un *nebukabakaba* de edades avanzadas sienten simpatía mutua, casi convertidos en *iboma* y *neburatu*, o incluso ya alcanzada estas últimas fases, se da inicio a un juego de cortejo parecido a una lucha. Empujones delicados, objetos que se arrojan (palos, ramas, bolas de barro o cualquier cosa no muy contundente al alcance de la mano), golpes suaves, perseguir y ser perseguido, codazos que evitan hacer daños, abrazos que simulan un combate, golpes inofensivos, algún arañazo y/o mordisco, son maneras de comunicar que entre los luchadores hay afinidad, afecto y cariño.

Como se ha dicho, no existe una edad definida en la que los jóvenes inician estas luchas afectivas, pero por lo general en comunidades próximas a centros criollos se manifiestan con menos precocidad que en comunidades que conservan un estilo de vida más tradicional. Por lo general, los adultos no las ven con agrado, pero tampoco las reprimen con ahínco, por esta razón las y los jóvenes prefieren practicarlas lejos del ámbito doméstico o, lo que puede ser equivalente, en el ámbito escolar.

Por el contrario, en la proximidad de los hogares, los jóvenes Warao de ambos sexos irán proyectando su sexualidad de otras maneras, como en el juego de ser esposos o el de la familia. En cualquier caso, no es raro que las uniones sexuales y afectivas se den entre jóvenes que han interactuado desde niños o se conocen desde hace mucho tiempo, aunque

también pueden darse entre personas que llevan poco tiempo conociéndose o entre mujeres Warao y hombres *jotarao*[13], lo que supone que en la actualidad no es posible –como se ha dicho- hablar de patrones claros de elección de pareja en función de la procedencia, aunque las etnografías clásicas hablan de un patrón endogámico entre los distintos subgrupos Warao (Heinen, 1997; 2011), que ha sido corroborado por este estudio.

El tercer género. Las Tida-winas.

Además del de hombre y el de mujer, entre los Warao existe un tercer género representado por personas de sexo masculino que social e individualmente son percibidos e identificados como mujeres. Estas personas son llamadas y autoreconocidas como *tida-wina*[14], término que podría ser traducido como "mujer con pene". La *tida-wina*, a pesar de nacer con sexo masculino, socialmente es mujer y por lo tanto desempeña, sin discriminación ni prejuicios, los mismos roles socioeconómicos asociados a éstas. Visten, trabajan, se comportan, se casan y son percibidas como mujeres, por tanto, pueden desempeñarse como segundas esposas, manteniendo relaciones sexuales exclusivas y estables con sus cónyuges. Dicho de otra manera, desde la óptica tradicional son toleradas las prácticas homosexuales y bisexuales entre hombres, las cuales discurren bajo las mismas normas de fidelidad y exclusividad sexual reservadas a las parejas heterosexuales.

Curiosamente, las *tida-wina* han sido objeto de muy poca atención por parte de investigaciones científicas y antropológicas, a pesar de que la literatura especializada sobre la cultura Warao es abundante y copiosa. Únicamente existen dos referencias a este tercer género entre la gran variedad y cantidad de estudios, tratados y etnografías que sobre los Warao se han publicado. La primera, corresponde a un trabajo titulado "Etnografía de los indios Guaraunos", publicado por el obispo y vicario Fray Ángel Turrado Moreno en 1945, quien se desempeñó durante 20 años como misionero en el delta del Orinoco. Este trabajo describe brevemente el encuentro del autor con una *tida-wina* en la década de los cuarenta del siglo pasado, con un claro sesgo reprobatorio a esta particularidad de la cultura tradicional de los Warao. La otra referencia corresponde al antropólogo francés Olivier Allard, quien en 2013 publica un artículo académico titulado "Pueblos Indígenas e Identidades de Género: el dualismo sexual sometido a discusión", donde pone en

[13] Las uniones entre hombres Warao y mujeres *jotarao* son poco comunes, por el contrario las de mujeres Warao con hombres *jotarao* son frecuentes.
[14] Figura transgénero o tercer género entre los Warao, constituido por individuos biológicamente de sexo masculino, pero social e individualmente representados y autopercibidos como mujeres.

evidencia, a partir del caso Warao, que las identidades de género entre los pueblos indígenas no están determinadas por la dicotomía sexual hombre-mujer, que impone el sexo anatómico, ni por prácticas sexuales concretas, sino que por el contrario estos no aparecen como criterios determinantes para la construcción de las identidades. Complementando los hallazgos de Allard, está investigación –como más adelante será explicado- ha determinado que las identidades de género entre los Warao se articulan al sistema económico tradicional, manifestando una clara imbricación entre la adscripción de género y la actividad económica desempeñada por la persona. En este entramado, la identidad social de género de las *tida-wina* no está determinada únicamente por una visión no dualista de las identidades, ni por prácticas sexuales concretas, sino también por el trabajo que estas ejecutan o ponen en práctica cotidianamente, generalmente asociado al ejecutado por las mujeres.

> Antes un *tida-wina* como esposa era algo bueno para la esposa mujer y para el hombre, porque el *tida-wina* hace trabajo de mujer, pero con fuerza de hombre. (Antonio, hombre Warao).

En tiempos pasados la *tida-wina* tuvo importancia en la sociedad Warao, a pesar de que en la actualidad su figura es ridiculizada y condenada por influencia de la criolla.

> *Tida-wina* significa homosexual. Eso antiguamente nosotros lo respetábamos, y eso no era una burla, era una persona sana pues. Pero hoy en día no, hoy en día tenemos nuestra vía comunicación, más que todo nuestro televisor y todo se ha cambiado (Roberta, docente Warao).

Las *tida-wina* podían ocupar un rango de importancia en las familias como segunda esposa (*Tekoro*) de hombres con poder. Las "mujeres con pene" mantenían relaciones sexuales exclusivas con sus maridos y desempeñaban un papel en algunos hogares Warao, como pareja estable y ayudante de la primera esposa de la familia:

> *Tekoro* es, vamos a decirte, dentro de la cultura Warao el hombre puede tener hasta siete mujeres, tres o cuatro, pero dentro de la misma casa, no fuera … las *tekoro* vienen siendo, bueno no sé, en los criollos vamos a decir la amante, pero eso está fuera, las *tekoro* no, están en la misma familia, no fuera. Buenos, entonces está la primera mujer, viene siendo la reina, es la que comanda todo, y las demás son como princesas, por decirlo así, esas se llaman *tekoro*… Podría ser hombre o mujer…la [primera] mujer antiguamente podía aceptar a un homosexual como *tekoro*, porque como hombre tenía más habilidad en las cosas pues… más habilidad para hacer las actividades del hogar, o sea para buscar leña, para picar leña, y cargar agua; y vamos a decir la esposa, la jefa ahí, aquella época aceptaba a un homosexual como *tekoro* porque como son hombres tienen más fuerza (Roberta, docente Warao).

No obstante, en la actualidad, la figura del *tida-wina* está prácticamente extinta y muy pocos Warao desempeñan los roles sociales e identidades asociados a estas. Su lugar y representación social paulatinamente ha sido sustituida por una categoría social extraña al mundo Warao y propia del occidental, a saber, la del "marico" u homosexual criollo, bajo la cual, el hombre sexo diverso es objeto y blanco de procesos marginatorios y excluyentes por su condición de género, particularidad desconocida por esta sociedad indígena en tiempos pasados.

Uniones conyugales

Idamo, janokoarotu y tekoros

No es únicamente entre un *neburato* y una *iboma* que se da inicio a la vida en pareja en la sociedad Warao. Existen otras maneras y modos en que la sexualidad, a través de uniones de pareja, puede manifestarse.

Algunos *wisidatu* y hombres mayores con prestigio, pueden tener varias mujeres como esposas, habitando bajo el mismo techo. La primera es conocida como *janoko arotu* (dueña de casa) y detentará el poder de decisión y el liderazgo sobre todas las mujeres de la unidad residencial. La segunda, *tekoro*, podría ser una viuda o una *iboma* cedida al pretendiente por sus progenitores, previa solicitud del interesado y luego de que la mujer manifieste acuerdo en concretar la unión, es decir, que rara vez la unión entre un hombre y una mujer se efectúa sin el consentimiento de la muchacha.

En cualquier caso, cuando una joven *tekoro* pasa a formar parte de la unidad familiar liderada por su esposo, el *idamo*, y su primera mujer, la *janoko arotu*, la norma tradicional de la matrilocalidad se rompe, ya que aquella casi siempre pasa a residir en la vivienda de su esposo y de su primera mujer. Esta variación en el patrón tradicional de residencia postconyugal, no necesariamente es por influencia de la sociedad criolla, como en el caso antes descrito en el que la esposa establece como residencia el hogar de los padres del esposo, debido a la desaprobación del casamiento por parte de los padres de la novia o dada la cercanía del hogar del novio de los mercados y centros de servicios criollos. Por el contrario, tal costumbre ha sido practicada por los antecesores de los actuales Warao.

El papel de *tekoro* –como se ha dicho- también puede desempeñarlo una viuda o una mujer mayor adulta separada o soltera. La norma dicta que esta debe trasladarse a residir en el hogar de su marido, sin embargo, se dan casos de *tekoros* viudas, separadas o solteras con hijos de otra unión, que residen en la unidad familiar de sus parientes consanguíneos y no en el de sus maridos. En estos casos las dinámicas familiares que se despliegan son distintas a las tradicionales, ya que muchas de ellas pueden ampararse en la clandestinidad.

La decisión última para que un hombre pueda tener una segunda mujer recae en la *janoko arotu*, y nunca en su esposo. Esta particularidad puede desplegar otros tipos de uniones no "legitimas" o socialmente no reconocidas, si la primera mujer se opone.

Como se ha explicado, hubo un tiempo en que fue frecuente que el rol de *tekoro* lo desempeñara un *tida-wina*. Sin embargo, tal costumbre es rara en la actualidad, aunque todavía puede verse. Asimismo, se dan casos puntuales de parejas homosexuales que conviven en el grupo familiar de los padres de algunos de los cónyuges, a pesar de que la mayor parte de las relaciones homosexuales actuales transcurren en la clandestinidad o en uniones esporádicas en fiestas u *oriwaka.*

Foto 10. Pareja

Foto: Michell Conna

Ibomas y embarazo a temprana edad

En algunos casos, la joven empieza a ser cortejada luego de que el pretendiente obtiene la autorización de los padres para que ambos interactúen. Dicha solicitud de cortejo, puede tener lugar en cualquier momento después de que la *iboma* luzca el corte de cabello característico que indica que la joven ya ha menstruado. No obstante, en la actualidad, son muchas las *ibomas* que deciden con quién y a qué edad contraerán nupcias, por lo que es frecuente que algunas rechacen propuestas matrimoniales hasta después de concluidos sus estudios o hasta alcanzar la mayoría de edad legal, establecida por el Estado nacional, a los 18 años. Esto no supone que la joven que decida alargar su juventud no desarrolle actividad sexual durante ese periodo, es decir, antes del matrimonio, eso dependerá de lo que ella experimente, desee y decida. Sin embargo, esta práctica de "retardar la juventud", mucho después de experimentada la primera menstruación, no redunda en la disminución del embarazo adolescente o del embarazo a temprana edad, sino que podría potenciarlo. Dadas las dificultades de encontrar anticonceptivos en la zona y la resistencia de hombres y mujeres a usarlos, el embarazo entre jóvenes menores de 18 años es frecuente en el municipio, tanto entre chicas casadas como entre solteras. Según opiniones del personal de salud de la región, este tipo de embarazo, después de las ITS, constituye el principal problema de salud sexual y reproductiva en municipio Antonio Díaz, donde no es raro encontrar jóvenes mujeres –casadas y solteras- que se inician como madres a los 14 ó 13 años de edad.

Uniones concertadas

Es característico de la sociedad tradicional Warao, que un hombre (*nibora*) adulto e incluso, en algunos casos, anciano, pida en matrimonio (bien como primera mujer, bien como *tekoro*) a una niña que aún no ha alcanzado el desarrollo biológico reproductivo. Si los padres de la niña autorizan la unión, el pretendiente ha de esperar los años que sean necesarios hasta que la *anibaka* experimente su primera menstruación y sea considerada mujer o *iboma*. La sociedad Warao condena fehacientemente la pedofilia, por lo cual, si el pretendiente no esperara el momento en que la niña manifieste su primer sangrado menstrual, estaría contraviniendo una importante convención social que probablemente el

acarrearía consecuencias, ya que es ese evento el que determina socialmente cuándo una joven deja de ser niña, y cuándo empieza a ser mujer.

> Cuando una muchacha se desarrolla es como si volviera a nacer, está entrando a otro mundo… ellas están entrando al mundo, están dejando de ser niñas y pasando a ser mujeres (Carmen, mujer Warao).

La llegada de la menarquía marca un antes y un después en la vida de buena parte de las mujeres Warao. Es la señal social que marca un tiempo para dejar de ser niña y para empezar a ser mujer, supone una muerte y un nacimiento ritual, en los que la *anibaka* deja de existir, para abrir paso a la *tida*, es decir, en palabras de una informante, "lista para ser esposa, mamá, para hacer todo lo que hacen las mujeres, cocinar, buscar leña, sembrar ocumo, tener hijos".

Bajo la noción de que "los Warao aprenden con la práctica", durante el tiempo que dura la primera menstruación, las niñas Warao experimentan una rápida y radical transformación. Si bien la núbil es encerrada y mientras dura la primera menstruación no se le permite ver ni ser vista por nadie más que las mujeres de su familia extendida, no se le instruye durante ese periodo (*jani*) sobre nada en particular, ya que se considera que –como antes se dijo- "el Warao aprende solo". Únicamente, durante su reclusión, a la joven apenas se le prohíbe consumir alimentos ácidos.

Por lo general, si los padres de la futura *iboma* están de acuerdo con que su hija contraiga nupcias con el hombre que la pretende, le permiten a éste efectuar visitas regulares a la niña, en las que –bajo la vigilancia estricta de familiares cercanos- los futuros cónyuges van conociéndose y fraternizando. Narran los entrevistados que puede ser normal que la niña sienta miedo y desconfianza del hombre adulto que será su esposo, pero ese sentimiento irá aplacándose a medida que se familiariza con la presencia de este. Sin embargo, la palabra de los padres no es garantía de que la joven y su esposo potencial se unan para formar una familia. Una vez alcanzada la vida adulta, la joven *tida* puede negarse a aceptar como pareja al hombre que, durante largo tiempo, a veces años, estuvo esperándola para, una vez transformada de *anibaka* a *tida,* hacerla su esposa. En general, en la sociedad Warao se considera que la decisión última, en lo que a uniones matrimoniales se refiere, recae sobre la mujer. Es opinión común entre adultos y jóvenes Warao, que el hombre no puede o debe negarse nunca a las insinuaciones de cualquier mujer, por el contrario, las mujeres suelen mostrarse más recatadas y menos impulsivas a la hora de concretar una unión de pareja. En cualquier caso, el matrimonio entre un hombre

adulto y una joven núbil es cada vez menos frecuente entre los Warao, y su práctica se circunscribe fundamentalmente a comunidades aisladas.

La madurez sexual entre las mujeres criollas se establece a partir de la edad, los 18 años, mientras que en la sociedad Warao viene definida por el evento biológico de la menarquía y por el "instrucción" social que la joven ha recibido, y la habilita para sostener una familia, desde las tempranas edades en que el género empieza a manifestarse en las mujeres Warao. Sin embargo, algunas Warao, en la actualidad, han asimilado los conceptos occidentales de la construcción de la sexualidad femenina, y ven como positivo que la misma se imponga entre los indígenas en detrimento de las costumbres tradicionales:

> …la muchacha se desarrolla y empieza otra vida nueva …. Pero como ellas están empezando una vida nueva ya no son niñas, pero si uno se pone a ver a los 12 años son niñas. Pero dentro de la cultura nuestra vienen siendo ya mujer, entonces ya le enseñan todos los quehaceres, las actividades de las mujeres e inclusive puede tener hasta ya esposo. Pero esa parte ha cambiado a medida que hemos entrado a la educación, porque vemos que eso ya nos perjudica, porque una niña a los 12 que tenga esposo, y a los trece está pariendo, se enferma y se muere … Claro que después que tenga los 18 años es diferente, pero sí le damos orientación sobre eso. Porque tú ves ahí que tienen 10, 11 muchachos desde temprana edad. Cuando vemos cuestiones en nuestra cultura que vemos que nos perjudican no le damos importancia (Roberta, docente Warao).

Sin embargo, como se ha dicho, la progresiva transformación de esta pauta de unión matrimonial no parece incidir, según puede desprenderse de los relatos de los trabajadores de la salud en el bajo delta, en la disminución del embarazo en adolescentes, por el contrario, este parece ir en aumento. Como ha sido explicado, la iniciación sexual y el embarazo a temprana edad son frecuentes entre los jóvenes Warao de la actualidad, quienes han hecho de la sexualidad extramatrimonial una práctica común.

Igualmente, puede darse el caso –aunque en la actualidad es bastante raro- de dos cabezas de familia que acuerden la unión matrimonial de sus hijos, mucho antes de que estos alcancen la madurez social y sexual, con la finalidad de establecer y estrechar alianzas. En estos casos, los jóvenes interactúan entre sí mientras son niños, o muy jóvenes, con la finalidad de que "se vayan enamorando".

Uniones intergeneracionales

Uniones entre hombres mayores y mujeres adultas jóvenes, e incluso -aunque en menor medida- entre mujeres viudas maduras y hombres jóvenes, pueden verse entre los Warao y suelen suscitar críticas por parte de religiosos y colonos criollos, ya que en el contexto de su sociedad la madurez y la vejez probablemente no tengan la misma valoración que en el mundo Warao, donde la belleza y el deseo sexual no parecen estar negados para personas mayores, como aparenta ser norma en la sociedad occidental (Foucault, 2002). Al respecto, una informante manifestó que "un hombre bonito es bonito sea joven o viejo y un hombre feo es feo sea joven o viejo. Si es viejo y bueno, no importa, él va a encontrar mujer si está viudo o separado y quiere volver a casarse".

Transgresiones de los patrones de unión sexual tradicionales

La infidelidad

En general, las relaciones sexuales preconyugales y extramatrimoniales son más frecuentes en hombres que en mujeres, quienes por lo general acostumbran tener menos compañeros sexuales que su contraparte masculina. Esta particularidad, podría encontrar asidero en prácticas tradicionales, propias del mundo Warao, y en otras implantadas por influencia de la sociedad criolla. En cuanto a las primeras, las pautas tradicionales de unión conyugal autorizan –como se ha dicho- la práctica de la poligamia[15] en algunos hombres con poder y autoridad, lo que supone que ciertos varones pueden tener más de una esposa. Entre dichas esposas podían incluirse –se ha explicado antes- personas transgénero o *tida-winas*. Por el contrario, la poliandria[16] no es practicada entre los habitantes ancestrales del Delta del Orinoco, lo que implica que no es permitido a las mujeres tener simultáneamente más de un marido.

No obstante, la práctica de la poligamia no supone que los hombres puedan tener más de una esposa en distintas familias, por el contrario, lo socialmente aceptado es que, si un hombre tiene varias cónyuges, todas vivan con él en el mismo hogar y bajo el mismo techo. Dicho de otra manera, no es bien visto que un hombre tenga varias familias, sino

[15] Tipo de unión matrimonial que permite a un hombre tener varias al mismo tiempo.
[16] Tipo de unión matrimonial que permite a una mujer tener varios esposos simultáneamente.

varias esposas cohabitando y haciendo vida en una única familia. Bajo este modelo normativo tradicional, todo hombre casado únicamente podría tener relaciones sexuales en el contexto de la familia, con sus esposas, sean de sexo femenino o masculino, al tiempo que estas mantendrían exclusividad sexual con su marido.

Esta norma se enmarca en un patrón de escogencia de pareja con tendencia endogámica, aunque flexible, según el cual se da preferencia a los matrimonios entre personas pertenecientes a la misma comunidad (Heinen, 1997). Según la interpretación de algunos informantes, esta prescripción dificultaba la posibilidad del hombre de mantener, soterradamente, más de una familia y, con ella, relaciones sexuales clandestinas:

> Ahora hay Warao que tienen mujeres aquí y allá, en otras comunidades, entonces ellos van, están con las mujeres que tienen y vuelven, van y vienen, por decir. Cuando yo era joven eso no era así, te casabas con mujeres de tu comunidad, porque te lo decía tu papá, tu mamá, los abuelos, todo, entonces no podía estar allá, ver a otras mujeres y volver, es más difícil… ahora gente de Winikina viene y se casa con de Guayo, Curiapo con Nabasanuka, Arawaimujo, ni importa ya … entonces es más fácil [tener otras mujeres] porque tienes que estar yendo y viniendo a tu comunidad … también en vez de estar con una mujer pueden estar con un *tida-wina* porque como no son de la propia comunidad nadie les dice nada, no lo conoce nadie (Sebastián, aidamo)

> Dentro de nosotros, desde que yo tengo uso de razón, nuestros padres no querían que los hijos se casaran con personas de otra comunidad, sino de tu comunidad. Y yo por ejemplo me casé con uno de Arawaibisi, y yo me acuerdo mi hermana mayor, no se pudo casar con un muchacho que la quería porque era de otra comunidad y eso estaba prohibido. Bueno, yo digo, mi mamá no me decía nada, a mí no me obligaron cuando yo me iba a casar, yo me casé con el hombre que yo quiero, "bueno mija te casaste con el hombre que tú quieres, que seas feliz y no pases trabajo", era lo que me decía mi mamá … Pero eso también se está perdiendo, se ha perdido ya, ahora se casan con los de donde sea. En Guayo también se están casando de donde sea. Ya varios se han casado con muchachas de Araguaimujo (Marieta, docente Warao).

Actualmente, las pautas endogámicas, al igual que la poligamia, están casi en desuso y apenas pueden ser observadas en algunas comunidades poco aculturadas y retiradas de centros con población misionera y criolla. Igualmente, las normas tradicionales que prohíben o condenan las relaciones sexuales fuera del matrimonio, están siendo erosionadas por procesos de desestructuración cultural, activados a partir del contacto con la sociedad criolla. De este modo, en la actualidad, no es extraño que algunos hombres Warao reproduzcan el modelo patriarcal propio de la sociedad occidental, manteniendo relaciones sexuales ocultas –homosexuales y heterosexuales- fuera del matrimonio y de sus comunidades de origen. Igualmente, tampoco es inusual que ciertos hombres dispongan de más de una familia, de manera clandestina, en varias comunidades.

Joas y hechizos

Las uniones matrimoniales actuales, entre los Warao, son mayoritariamente monógamas y heterosexuales, aunque –como se sabe- es posible encontrar familias con más de una esposa y uniones familiares homosexuales. Se puedo conocer el caso de tres uniones conyugales monógamas y estables conformadas por personas del mismo sexo: dos de sexo masculino y una de sexo femenino, todas ellas integradas a la familia extendida de alguno de los cónyuges. No obstante, son frecuentes los testimonios que dan cuenta de relaciones sexuales fuera del matrimonio, tanto por parte de hombres como de mujeres.

No obstante, la infidelidad puede conducir a más infidelidad. La persona engañada puede vengarse de su pareja teniendo sexo con el cónyuge de su amante. Por lo tanto, aun cuando la normativa tradicional restringe la sexualidad extramatrimonial, existen vías de flexibilización que justifican conductas sexuales no ajustadas a las normas. En efecto, la sociedad Warao cuenta con mecanismos culturales a través de los cuales las conductas sexuales no ajustadas a las normas se materializan y justifican. Uno de esos mecanismos lo constituyen ciertas *joas*[17] que pueden hacer perder a la víctima el control sobre sus deseos e impulsos, induciéndola a cometer actos sexuales en contra su voluntad. Asimismo, existe la creencia de que un pájaro, conocido como *majisikiri,* acecha a las mujeres en la selva, quienes, si por casualidad escuchan su canto, serán irremediablemente poseídas por el ave. En cualquier caso, algunas transgresiones en los patrones de unión sexual, pueden ser atribuidas a actos mágicos y encantamientos que doblegan la voluntad y pueden llevar a las personas a contravenir normas que mantienen a raya la sexualidad extraconyugal y entre solteros. Algunos hechizos son capaces de inducir respuestas sumisas ante propuestas sexuales, mientras que otros pueden llenar de deseo a las mujeres al punto de que asumen conductas ninfómanas descontroladas. En estos casos a la persona infiel puede perdonársele su falta, ya que la transgresión no habría sido consecuencia de su voluntad sino de la acción de un chamán o *joaratu*[18]. Por lo cual, más que como transgresora, la pareja infiel será vista como víctima.

Oriwaka *o fiesta*

[17] Objeto mágico e invisible, por lo general en forma de pequeña flecha o lanza en miniatura, que es introducido por un *joarotu* en el cuerpo de una persona a la cual se le quiera infringir algún daño en su salud.
[18] Una de las varias especialidades chamánicas presentes entre los Warao. Al *joaratu* se le conoce como "el dueño de la *joa"* o hechizos que son introducidos en el cuerpo de las personas por los *jaoratu*.

Tradicionalmente, fiestas y celebraciones han sido espacios sociales propicios para que tanto flirteos como uniones sexuales y amorosas se manifiesten y concreten. En el baile del *jabi sanuka* (maracas pequeñas), efectuado durante las festividades del *Naja Namu*[19], era costumbre que un hombre ofreciera y cediera su esposa al oficiante de la ceremonia, por lo general un *wisidatu* o un *bajanaratu*, para que fuera la pareja de este durante las celebraciones (*cf.* Heinen, 1997). Eventualmente, entre ellos podrían darse intercambios sexuales. En cualquier caso, independientemente de que estos se dieran o no, entre los hombres involucrados en el trato, es decir, entre el que cede y el que recibe la mujer, se establecía una relación de alianza y solidaridad duradera.

Esta costumbre se ha visto distorsionada y alterada en escenarios festivos criollos, concretamente en fiestas patronales, decembrinas y religiosas, donde según testimonios de varios informantes, las mujeres pueden ser cedidas u ofrecidas por sus esposos –por lo general bajo estado embriaguez- a otros hombres a cambio de dinero o alcohol. En cualquier caso, las oriwakas, trasladadas a escenarios ajenos al de la cultura tradicional Warao, es decir, al de las fiestas y celebraciones criollas en centros poblados no indígenas o mixtos, son identificadas como los escenarios en que ocurren la mayoría de los intercambios sexuales eventuales y extramatrimoniales entre los Warao.

En efecto, a las celebraciones colectivas de los grandes centros poblados criollos del bajo delta, como Curiapo y San Francisco de Guayo, suelen asistir hombres y mujeres Warao de todo el municipio. En ellas el consumo de alcohol puede ser abundante. Personas residentes en lugares geográficamente distantes entre sí encuentran en estos eventos oportunidades para interactuar, y las relaciones sexuales extraconyugales y entre jóvenes pueden ser frecuentes. En medio de estas celebraciones, pueden verse parejas heterosexuales y homosexuales besándose y acariciándose mutuamente, al amparo de la oscuridad de la noche y/o en la intimidad de las inmediaciones de los poblados. Asimismo, en ellas pueden darse relaciones sexuales no consentidas, bajo presión o coacción. Es decir, violaciones a mujeres y jóvenes homosexuales Warao. Sin embargo, en los raros casos en que estos abusos son denunciados, las demandas de las víctimas suelen ser desestimadas, lo que evidentemente ha contribuido a la normalización de esta abominable práctica. Se recogieron testimonios que afirman que el abuso sexual a jóvenes homosexuales (tanto

[19] Celebración religiosa en la que se ofrecen ofrendas de yuruma a los *jebus* para evitar que estos traigan enfermedades a las comunidades Warao.

indígenas como criollos) es frecuente, y no se circunscribe únicamente a escenarios festivos. Por esta razón, los jóvenes homosexuales procuran movilizarse en grupo, "para defendernos", y evitar así ser víctimas de agresiones sexuales. Los autores de estos crímenes fueron siempre identificados como *jotaraos* o criollos, y la frecuencia de este tipo de delitos hace sospechar de la existencia de una homosexualidad encubierta, no manifiesta, entre esa población.

Por otra parte, si un hombre o mujer Warao se ha sentido ofendido por haber sido víctima de la infidelidad de su pareja, las celebraciones en centros poblados criollos constituyen espacios propicios para el desquite y la venganza. La oriwaka en centros criollos es señalada como el principal escenario donde la sexualidad entre jóvenes y las relaciones extramatrimoniales tienen lugar y, por lo tanto, ha sido identificada por informantes criollos y Warao como el principal foco de propagación de enfermedades de transmisión sexual. No obstante, es la pobreza y la violencia estructural expresada en la exclusión social y en la marginación de los servicios públicos y de salud, los principales problemas a enfrentar ante cualquiera de los graves problemas de salud sexual que experimentan los pobladores del municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro, y que más adelante serán abordados en detalle.

Iniciación sexual

Una parte de los jóvenes abordados por este trabajo, declararon iniciarse sexualmente con *tida-winas*, a pesar de no autopercibirse como homosexuales. Igualmente, algunos de ellos han mantenido relaciones sexuales únicamente con personas de su mismo sexo, mientras que otros desarrollan su vida sexual con compañeros de ambos sexos. Asimismo, existen jóvenes que manifiestan animadversión por relaciones homosexuales, por lo cual su sexualidad se expresa exclusivamente con compañeras de sexo femenino.

Entre algunos varones existe la creencia de que quien desempeña un rol activo en las relaciones sexuales con personas del mismo sexo, no es "marico" o *tida-wina*. Por el contrario, para estos jóvenes, estas categorías únicamente recaen sobre aquellos que desempeñan un papel pasivo durante el acto sexual. Por tanto, la práctica de la homosexualidad entre jóvenes Warao puede ser mayor de lo que ellos mismos consideran. Se conocieron casos en los cuales algunos individuos se referían a los homosexuales o

tida-winas con desprecio y de manera despectiva por sus preferencias sexuales, a pesar de que declararon iniciarse sexualmente, o haber tenido relaciones sexuales, con personas de su mismo sexo. Estos comportamientos podrían ser resultado de la interacción con criollos, ya que son contrarios a los esperados en la sociedad tradicional, donde la homosexualidad no suele ser reprimida o rechazada.

Por otro lado, muchos padres toleran las preferencias sexuales de sus hijos por personas del mismo género, alegando que "así son más felices", y se pudo constatar –como se ha dicho- la existencia de parejas homosexuales integradas a las dinámicas familiares y productivas de la familia extendida Warao. Igualmente, se recogieron testimonios sobre la existencia de comunidades, compuestas en su mayoría por hombres homosexuales.

En cualquier caso, sean homosexuales, heterosexuales o bisexuales, las relaciones entre los jóvenes Warao suelen materializarse actualmente en eventos y celebraciones, que implican la llegada, a una comunidad determinada, de jóvenes de distintas zonas del delta. En ellas, usualmente bajo el consumo del alcohol, la juventud encuentra condiciones apropiadas para llevar a cabo intercambios sexuales. Los jóvenes declararon que en dichas celebraciones los mecanismos de vigilancia social que podrían restringir el ejercicio de su sexualidad se relajan, en primer lugar porque algunos provienen de otras comunidades y, por tanto, no son objeto de controles, y si lo son los ignoran por no tener en ellas vínculos sociales fuertes; y, en segundo lugar, porque también los adultos participan de las celebraciones, razón por la cual, entre la algarabía de las fiestas y, en ocasiones, en estado de embriaguez, poco se preocupan por lo que hacen los jóvenes.

Métodos de barrera

Tanto muchachos como muchachas declararan usar "a veces" el codón durante el acto sexual, y el mismo es más concebido como método anticonceptivo que como método de barrera para evitar ITS. Sin embargo, el anticonceptivo más usado por los jóvenes es el de la eyaculación fuera de la vagina, lo que aumenta los riesgos de infección. Por el contrario, entre algunos jóvenes homosexuales las relaciones sexuales sin condón son evitadas, sin embargo, no siempre hacen uso de él, principalmente porque practican con mayor frecuencia una sexualidad oportunista y/o casual (en fiestas), y por tanto no suelen tener condones cuando la oportunidad se presenta. Según funcionarios del servicio público de salud, en las raras ocasiones en que disponen de condones para repartir entre la población,

mayoritariamente son los homosexuales criollos los que pasan por los centros de salud para recogerlos. Por el contrario, señalan que es raro que los indígenas acudan a ellos a buscarlos. Según la interpretación de médicos, esto se debe a dos factores, por un lado al desconocimiento de los indígenas sobre la prevención de las ITS y, por otro, a que el Warao tiene vergüenza de solicitarlos. Igualmente, el personal de salud señala que son frecuentes los embarazos en adolescentes, debido al poco uso de anticonceptivos y al aumento de la frecuencia sexual que actualmente las jóvenes experimentan. Así mismo, relatan que es común que muchachas a las que se les facilitó pastillas anticonceptivas y se les explicó su uso, vuelvan a la consulta en estado de gravidez, lo que hace sospechar que no toman las pastillas o no lo hacen correctamente.

III. Salud sexual y reproductiva.

Epidemia de VIH entre los Warao

Los cambios en los patrones tradicionales de unión sexual entre los Warao, parecen guardar relación tanto con el deterioro de la salud sexual y reproductiva como con la aparición de graves infecciones de transmisión sexual (ITS) entre este pueblo indígena.

La primera evidencia de VIH en poblaciones Warao fue reportada en el año 2007 por la Cruz Roja venezolana, quien detectó 5 casos de VIH positivos en la comunidad de San Francisco de Guayo. A partir de estas constataciones, dos años después, en el 2009, el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) realizó un estudio a pequeña escala donde se tomaron muestras de sangre a 32 pacientes identificados como VIH positivos. Se pretendía determinar el subtipo viral que circulaba entre los Warao, y se detectó el VIH-1B como el principal presente en el Delta. Aun así, se encontró una mujer con un subtipo viral diferente, el VIH-1C, subtipo raro en Venezuela y normalmente encontrado en Asia, India y África. No obstante, no se pudo determinar la existencia de otras personas infectadas con este subtipo viral, a excepción probablemente de su compañero sexual, quien falleció aparentemente a causa de la enfermedad (Rangel et al, 2012; Villalba et al 2013[a]; 2013b).

Los estudios reseñados determinaron que la epidemia de VIH en el Delta fue resultado de una única introducción del virus alrededor del año 2000, y su tasa propagación se duplica cada año desde 2005, siguiendo principalmente dos rutas de diseminación:

1. Una ruta llamada GU, probablemente se inició en San Francisco de Guayo en el año 2005, desde ahí el virus se diseminó hacia Isla de Jobure, Jobure de Guayo y Usidu. Luego, desde Usidu, la línea de diseminación se dirigió hacia Jobure de Guayo, Jobotoboto y Kuberuna (Rangel *et al*., 2012; Villalba *et al*., 2013ª).
2. La otra ruta, llamada JE, tal vez comenzó en Jeukubaka también en el 2005, desde donde se esparció hacia Cambalache, Isla de Jobure, Nabasanuka y Usidu. Finalmente, desde Nabasanuka hubo un desplazamiento hacia Caño Yeri. Aparentemente la conexión entre ambas rutas de transmisión es mínima (*Ibíd*.).

Posteriormente, en el año 2011, el IVIC realizó otra investigación en la que buscaba descubrir la extensión y la dinámica espacial de la infección por el VIH. Este estudio reportó que en ocho comunidades Warao evaluadas (San Francisco de Guayo, Jobure de Guayo, Ibuirina, Jeukubaka, Ibute, Jobotoboto, Usidu e Isla de Jobure), la prevalencia de la infección oscila entre 4,35% y 21,62% (una de las más altas del mundo), y afecta principalmente a la población masculina (15,6%) más que a la femenina (2,6%).

A pesar de que en el planeta actualmente el virus del VIH ha contagiado a hombres y mujeres en más o menos la misma proporción, en el Delta del Orinoco la diferencia en la prevalencia según el género es bastante desigual. Según los estudios reseñados, esto podría ser consecuencia de prácticas homosexuales reportadas entre hombres Warao (Villalba *et al.*, 2013a). Sin embargo, también se especula que la diferencia en las tasas de prevalencia entre hombres y mujeres pueda deberse a cierta resistencia al virus que hipotéticamente hayan desarrollado las mujeres Warao. A propósito, cabe resaltar que las esposas de 3 pacientes VIH positivo con más de tres años manteniendo relaciones sexuales con sus maridos, resultaron negativas en pruebas de detección de VIH, lo que sugiere algún mecanismo molecular de resistencia que debería ser investigado con mayor profundidad (McCutchan, 2006; Villalba *et al.*, 2013a). Asimismo, testimonios recabados por esta investigación remiten a casos de mujeres que no presentan sintomatología de la enfermedad, a pesar de que sus compañeros sexuales murieron a causa de la misma.

La rápida y agresiva propagación de la infección, aparentemente podría estar relacionada con el hecho de que la cepa del virus que circula en el Delta del Orinoco es más virulenta. Estudios de su genoma muestran la sobreexpresión de una proteína que el virus utiliza para infectar las células hospederas, lo que hace más eficiente no sólo la transmisión, sino además el desarrollo del estadio más avanzado de la infección: el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA (Rangel *et al*, 2012). La presencia de cepas más virulentas, la alta prevalencia de tuberculosis y los deficientes servicios de atención medica para los pacientes VIH positivos, sumado a problemas nutricionales entre los Warao, hacen de esta infección de VIH una epidemia devastadora.

Vías de entrada

Existen antecedentes históricos que podrían dar cuenta de una relación entre la explotación del hábitat de los Warao, por parte de criollos, y el deterioro de la salud sexual de este pueblo indígena. En las primeras décadas del siglo XX, cuando se intensifica la explotación criolla del delta con la instalación de aserraderos; cultivos y pesca intensiva; minas; extracción petrolera, entre otras actividades, fue reportado un brote de sífilis que llegó a afectar a casi toda la población Warao (Turrado Moreno, 1945).

De igual manera, las características descritas de la epidemia actual de VIH, pueden inducir a pensar que la introducción de esta enfermedad entre los Warao tal vez esté relacionada con procesos que se retroalimentan y que son el resultado del socavamiento de las estructuras económicas tradicionales; de la intrusión en territorios ancestrales de criollos, tanto venezolanos como extranjeros; y de alteraciones en los patrones tradicionales de unión sexual. A continuación, se explican algunas de las manifestaciones más evidentes de estos fenómenos, relacionados con la epidemia de VIH que los Warao padecen.

La economía extractiva: minería legal e ilegal

A partir del hecho de que algunas cepas de tuberculosis frecuentes en la India y Filipinas se han detectado en poblaciones Warao pero no en otras partes del país, uno de los estudios del IVIC antes citado (Rangel *et al*, 2012), señala que la presencia del subtipo viral VIH-1C en el municipio Antonio Díaz, podría estar relacionada con la tripulación de buques asiáticos que atraviesan el Delta del Orinoco para transportar minerales fuera del país. No

obstante, el estado Delta Amacuro es lugar de paso para estas embarcaciones, ninguna de ellas podría atracar en la zona, no sólo porque su destino es la región de Guayana, sino también porque el delta no dispone de puertos donde barcos de gran calado puedan desembarcar. Sin embargo, la investigación mencionada no descarta que el subtipo en cuestión haya provenido de la vecina Guyana, a pesar de que los subtipos de VIH-1 analizados en ese país pertenecen al subtipo B, y no guardan relación estrecha con el clado[20] Warao. Aun así, Guyana presenta una de las más altas prevalencias de VIH en el continente (1,55%), lo que sugiere que podría haber una distribución amplia de diversos subtipos del virus en ese país (*Ibíd.*).

La existencia de un caso de VIH-1C en la zona de Guayo, subtipo –como se ha dicho- muy poco frecuente en Venezuela y común en África, India y Asia, podría apuntar a la minería como fuente de propagación del virus, máxime si se toma en consideración que la actividad minera en el estado Delta Amacuro se concentra en las inmediaciones de San José de Amacuro, limítrofe con Guyana, país cuya composición demográfica incluye importantes contingentes de población hindú y africana, que mantienen vínculos e intercambios sociales con sus lugares de origen. Esta hipótesis no podría sostenerse sobre la base de la existencia de un caso aislado, no obstante, es necesario tener en cuenta que las muestras analizadas por los estudios reseñados fueron obtenidas en la región de San Francisco de Guayo, área alejada de las minas (**Figura 7**), donde la presencia de población guyanesa es exigua en comparación con zonas donde se practica la extracción aurífera. Asimismo, testimonios recogidos por el trabajo de campo que sirve de fundamento a esta investigación, señalaron que mujeres Warao son llevadas bajo engaño o coacción tanto a las minas de Delta Amacuro como a las del estado Bolívar, donde son obligadas a ejercer la prostitución. No puede descartarse entonces la presencia del subtipo VIH 1-C en otras zonas del delta, ni su vinculación con la minería en la entidad y fuera de ella.

Figura 7. Zonas mineras y principales centros poblados del Delta del Orinoco

[20] Ramificaciones de un árbol filogenético que empieza con un antepasado común, a partir del cual derivan sus descendientes.

La minera en Delta Amacuro se desarrolla en la frontera con Guyana, donde la prevalencia de infección por VIH supera en casi 16 veces la media en Venezuela. En ella participa activamente población de ese país –como se ha dicho- con fuertes vínculos históricos, migratorios y socioculturales con naciones africanas y con la India, donde el subtipo viral VIH-1C es causante de la mayor parte de los contagios. La eventual entrada del virus en el delta, tanto del subtipo VIH-1C como del VIH-1B, tal vez pueda estar relacionada, simultáneamente, con la minería y las migraciones o –lo que es lo mismo- con la desestructuración de las formas tradicionales de vida y sus consecuencias directas: la pobreza y la exclusión socioeconómica, como más adelante se verá.

Foto 11. Barco Asiático de transporte de minerales en el Delta del Orinoco

Migraciones

El estudio genético del virus permitió también establecer una relación con un paciente en Maracay (Rangel *et al*, 2012), y aunque nunca se encontró nexo epidemiológico entre este y algún Warao, estos resultados dieron lugar a una investigación realizada en 2014, relacionada con las migraciones Warao y sus posibles implicaciones en la propagación del virus del VIH entre esta población (Gottopo *et al*, 2014). Las semejanzas entre la estructura genética del subtipo viral VIH-1B hallado en el Delta y el encontrado en Maracay, probablemente guarden relación con las migraciones temporales a grandes centros urbanos (entre los cuales Maracay constituye un destino privilegiado), que los Warao ponen en práctica con el fin de obtener recursos básicos de subsistencia, principalmente alimentos, a través de la mendicidad y, eventualmente, la prostitución. Partiendo de estas consideraciones, y con el fin de entender las dimensiones sociales de esta afección en el Delta, el estudio antes mencionado evaluó los movimientos migratorios de los Warao y su relación con la propagación de la infección por VIH.

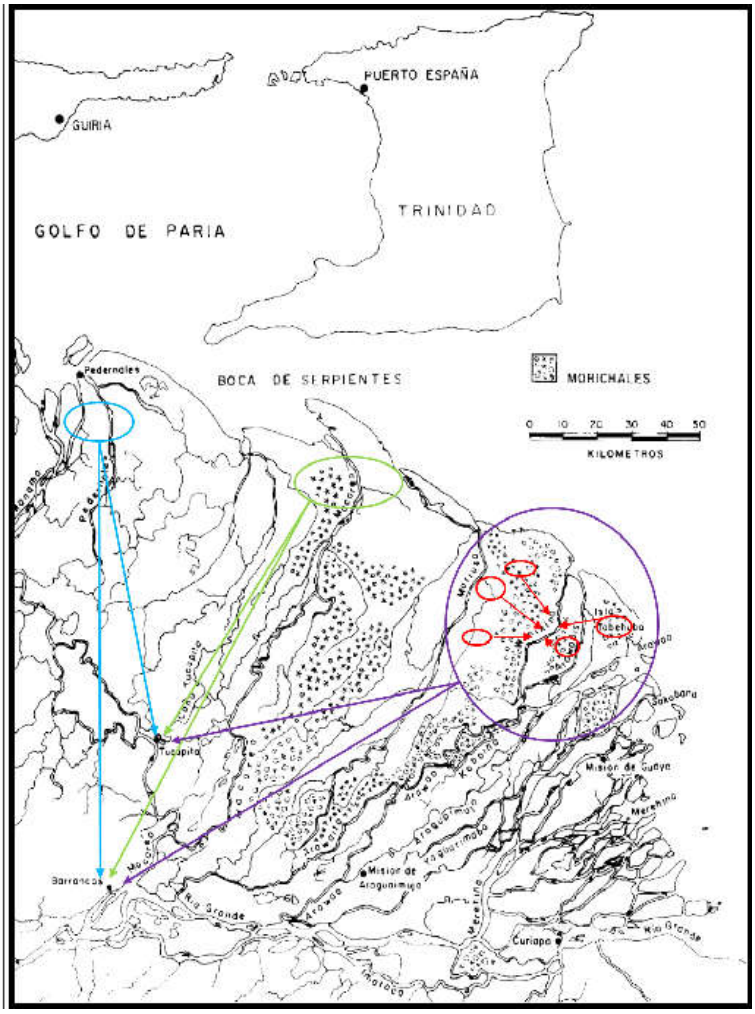
Los Warao han practicado las migraciones desde tiempos ancestrales. Sus formas de vida tradicionales, basadas –como se ha dicho- en la explotación de las palmas de moriche,

manaca y seje, así como en la recolección, caza y pesca, implicaban cierto grado de movilidad a través de distintas zonas y ecosistemas del sistema deltaico. Por otra parte, antes de la llegada de los colonizadores europeos, las relaciones interétnicas con pueblos vecinos pudieron forzar a los Warao a desplazarse al interior de las zonas pantanosas del Delta del Orinoco (Heinen, 1992; 1996). Sin embargo, este proceso se intensificó aún más a raíz del contacto con españoles, holandeses e ingleses. Asimismo, algunos estudios antropolingüísticos dan cuenta de la posible presencia de poblaciones Warao en lugares tan distantes como las Antillas mayores y la Florida, hace aproximadamente 6000 años (Granberry, 2010; Rodríguez Ramos, 2006). Igualmente, varios elementos de su cosmovisión hacen referencia a grandes migraciones, como es el caso del periplo migratorio del héroe mitológico *Haburi*[21], y relacionan a este pueblo con lugares lejanos como las costas de Falcón y del lago de Maracaibo (Wilbert y Ayala, 2007). Bajo este panorama, puede afirmarse que los desplazamientos y la movilidad han formado parte de la historia y la cultura de este pueblo. No obstante, factores económicos y la desestructuración de los patrones tradicionales de vida, consecuencia de la interacción con la sociedad criolla, han creado profundas transformaciones en las formas y características de los desplazamientos tradicionales, lo que, sumado a la transformación de los patrones tradicionales de unión, puede incidir en la rápida propagación de la infección por VIH que actualmente padecen los Warao.

Es posible identificar algunos eventos que han impactado y dado forma a las actuales migraciones Warao, tales como la fundación y cierre del aserradero de Winikina, la intervención del caño Manamo y la epidemia de cólera de Mariusa en 1993 (Briggs, 2002) (**Figura 8**). Estos fenómenos (todos relacionados con la explotación económica del delta por parte de criollos), convirtieron a Tucupita, Ciudad Bolívar y Barrancas en polos de atracción de población Warao, asentada en cinturones de pobreza y en torno a vertederos de basura, condiciones que –entre otras- les han forzado a emprender migraciones temporales a otros centros urbanos del país.

[21] Primer antepasado de los Warao y demiurgo de su cultura. Siendo apenas un niño una serie de vicisitudes le conduce a realizar un viaje a través de los actuales territorios Warao, periplo en el cual descubre distintos pueblos y aprende las artes necesarias para la supervivencia en el delta del Orinoco, tales como la navegación, la construcción de curiaras y canaletes, la explotación de la palma de moriche, entre otros.

Figura 8. Migraciones forzosas de los Warao en el siglo XX



1. Fundación del aserradero de Winikina 1953-1988
2. Intervención del caño Mánamo 1966
3. Cierre del aserradero de Winikina1988
4. Epidemia de cólera en Mariusa 1993

Fuente: Gottopo *et al* (2014)

A diferencia de los procesos migratorios clásicos, que conllevan la instalación y residencia permanente de la población migrante en los lugares de destino, las migraciones actuales de los Warao a los centros urbanos son temporales y transitorias. No persiguen el establecimiento del grupo de modo permanente en los lugares de destino, sino que permanecen en ellos por un corto periodo de tiempo, justo el necesario para recolectar una cantidad de dinero suficiente que cubra los gastos de transporte y de alimentación del

traslado, más un excedente cuyo estimado dependerá de la decisión del grupo familiar que emprende la migración.

Intentan instalarse a la intemperie en zonas céntricas de las capitales, donde se "autoemplean" en oficios poco valorados, como la mendicidad y la venta ambulante. La preferencia por espacios céntricos, es debida a que en ellos abaratan costos de estadía, ya que están a poca distancia o coinciden con los lugares de venta de artesanía y/o de práctica de la mendicidad, lo que supone un ahorro en tiempo y gastos de transporte. Por otra parte, debido al flujo de personas que por ellos circulan, los sitios céntricos permiten una mayor recaudación en menos tiempo, lo que podría reducir el lapso de estadía en las ciudades, en tanto permite la recuperación en menos días (tres semanas aproximadamente) del capital invertido en el viaje y, con suerte, la obtención de una pequeña ganancia que suele ser invertida en tela para la confección de vestidos, mostacilla para elaborar artesanía y comida para llevar al delta, aduciendo que allá "no hay comida".

Según algunos migrantes, la Alcaldía de Caracas les prohíbe la estadía en esos lugares, por lo que son expulsados de ellos con frecuencia. Igualmente, declaran que funcionarios del Ministerio para el Poder Popular de los Pueblos Indígenas, les acosan para llevarlos de regreso al delta, generalmente mediante coacciones como amenazas de quitarle los hijos, apelando a la LOPNA, y el maltrato verbal. Se recogieron testimonios que señalan que funcionarios públicos presionaron a un grupo de familias Warao, acampadas en una zona céntrica de la capital, mediante actos discriminatorios y coercitivos. Asimismo, un funcionario entrevistado, durante la deportación de un grupo de indígenas, declaró que:

> Están en situación de mendicidad … Viven como locos, como perros … lastimosamente de los 44 pueblos indígenas, hay tres pueblos que no terminan de agarrar … tres pueblos que no terminan de entender, que no se meten en el proyecto, que son los Yukpa, los Kari'ña y los Warao … estos pueblos siguen mendigando … no terminan de entender cómo son las cuestiones.

Por otro lado, indígenas Warao que practican la migración temporal a centros urbanos, declararon que en una oportunidad funcionarios públicos en Caracas les despojaron de todas sus pertenencias y les forzaron a subir a un autobús que les dejó en Barrancas, más pobres y con menos cosas de las que tenían cuando salieron de dicha ciudad.

Dada esta situación, los Warao han optado por hospedarse en lugares públicos abandonados y en aéreas marginales de las ciudades, donde aumentan los riesgos para su seguridad y para su salud, pero disminuyen las probabilidades de ser deportados. Medidas como estas pueden resultar perjudiciales para los migrantes, no sólo por lo ya dicho, sino también porque en la mayoría de los casos contraen deudas o empeñan algún bien para cubrir los costos de traslado a los centros urbanos. En caso de no recolectar suficiente dinero para recuperar los objetos empeñados, o para pagar las deudas contraídas, las familias Warao no sólo son obligadas a volver a sus lugares de origen sin recursos para costear necesidades básicas, sino que además regresan endeudadas, deteriorando aún más el estado de vulnerabilidad social en que se encuentran.

Por otra parte, para evitar la deportación por parte de autoridades, se ven obligados a ocupar lugares en las ciudades donde comparten espacio físico y social con otras personas en situación de vulnerabilidad social, como drogadictos e indigentes. En ocasiones entre ellos se articulan relaciones que involucran intercambios o redistribución de comida y ropa, así como también pueden darse intercambios sexuales que aumentan los riesgos de propagación e infección por VIH. Dichos intercambios pueden ser consentidos o forzados. Al respecto se han recopilado testimonios de violaciones y abuso sexual a mujeres Warao, prostitución ocasional entre estas e intercambios sexuales entre hombres Warao y personas en situación de calle. En consonancia con lo anterior, es frecuente la creencia entre los Warao de caño *Winikina,* que el virus fue introducido en esta zona por personas que con regularidad viajaban desde *Koberuna,* -comunidad ubicada en dicho caño, de la cual que se dice que "casi todo el mundo tiene SIDA"-, hasta ciudades como Maracay, Valencia y Caracas. Es posible entonces –como se ha sugerido- que las semejanzas genéticas encontradas entre los subtipos de VIH de Guayo y Maracay, guarden relación con el fenómeno migratorio.

Asimismo, como también se ha dicho, es poco probable que exista un nexo directo entre la tripulación de navíos de transporte de minerales provenientes de Asia y la presencia aislada del subtipo VIH-1C de San Francisco de Guayo, ya que el delta no constituye lugar de destino de estas embarcaciones, pero sí la región de Guayana, donde también acuden con frecuencia migrantes Warao con el fin de obtener artículos básicos de subsistencia. Por tanto, si existiese relación entre navíos asiáticos que transportan minerales fuera del país, y la epidemia de VIH entre Warao, esta es indirecta, es decir, a través de la desestructuración

de las formas tradicionales de vida y una de sus manifestaciones más evidentes: las migraciones temporales a centros urbanos del país, entre las cuales Ciudad Guayana, San Félix y Ciudad Bolívar son destinos frecuentes. El contagio y propagación del virus podrían estar potenciados por los intensos procesos migratorios experimentados por una parte de la población Warao.

Factores de riesgo asociados a la epidemia de VIH

Cambalache

Entre 1992 y 1993 una epidemia de cólera en Delta Amacuro fue responsable de que aproximadamente 500 Warao perdieran la vida y de que muchos más, huyendo de la epidemia y buscando atención médica, experimentaran un importante éxodo migratorio a zonas urbanas aledañas (Tucupita, Ciudad Guayana y Barrancas), en las cuales se asentaron para vivir principalmente de la mendicidad y de la recolección de basura (Briggs y Mantini-Briggs, 2002). Una de las comunidades Warao que se consolidó con dicho éxodo fue la de Cambalache, ubicada en el vertedero de basura de Ciudad Guayana y donde van a parar todo tipo de desechos del mayor centro urbano de la región de Guayana. Uno de los casos de VIH-1B del clado Warao se identificó en esta comunidad, localizada a unos 260 Kms de San Francisco de Guayo, en las proximidades –como se ha dicho- del basurero de Ciudad Guayana. Igualmente, se reportó que el 53% de los individuos VIH positivo evaluados habían visitado Cambalache, por lo tanto se especula que esta comunidad puede haber jugado un rol importante en la introducción y propagación del virus en la población Warao (Rangel *et al*., 2012; Villalba *et al*., 2013[a]). Allí, donde la prostitución y el tráfico de drogas son frecuentes, habitan unos 150 Warao en condiciones de extrema pobreza, mendigando, recogiendo basura y prostituyéndose, lo que aumenta su propensión a infectarse con VIH. Pero la conceptualización de Cambalache como epicentro y origen de la epidemia de VIH que en la actualidad azota al pueblo Warao, no sólo alcanza al imaginario médico-científico de investigadores y especialistas, sino también a las representaciones cotidianas que circulan entre los Warao. A propósito, cuando una docente Warao analiza la distribución epidemiológica del virus en el municipio Antonio Díaz, la concatenada con el hilo conductor de Cambalache:

> …ver que hay SIDA en Nabasanuka nos alarmó mucho, y en otras partes también, en otras comunidades que también existe como Kuarejoro, eso es Parroquia Manuel Renaud, también existe ahí. En Winikina no estoy segura, pero me han dicho que sí hay. Pero lo que sí estoy segura es que ha estado en Kuarejoro, en Nabasanuka esos muchachos que me dijeron, en Guayo, no me acuerdo qué comunidad, allá en la parte de Curiapo también hay. Las comunidades que han estado, vamos a decir, en contacto con Cambalache, en San Félix, tienen, en esa parte sí hay mucho. Y también en Koberuna, eso queda en la parroquia Manuel Renaud, Koberuna, es una comunidad que queda lejos…

Tanto los estudios reseñados (Rangel *et al*., 2012; Villalba *et al*., 2013a) como el imaginario colectivo del pueblo Warao, identifican a Cambalache como foco y origen de la infección. Es común escuchar afirmar, tanto a población indígena como criolla del delta, que la enfermedad entró a la tierra ancestral de los Warao procedente de Cambalache, donde, en palabras de informantes:

> …hay muchas cucarachas y ratas, basura de hospital, vidrio, todo eso, lleno de sangre, y cuando la gente va buscando basura se corta y se enferma de eso [VIH] (Julián, hombre Warao).

> Los indígenas se van mucho para una parte que se llama Cambalache, en San Félix, y ese Cambalache ellos, bueno vamos a decir que la gente rica bota ropa, botan basura pues, botan todas sus cosas, y ellos van y ellos recogen ropa, recogen cosas así que se ven más o menos, la recogen pero eso como es el basurero ahí, y ahí según que hay casas también, pero ahí botan basura, esa gente van y quizás es de allá que traen esa enfermedad (Lucrecia, personal de salud Warao).

Ambos enfoques –el médico-científico y el popular-tradicional- centran sus concepciones sobre el origen de la epidemia en Cambalache. Pero mientras el primero, es decir, el científico, ve en el ejercicio de la prostitución el principal factor de riesgo para la expansión del virus, el segundo, el de las representaciones colectivas o, si se prefiere, el del "sentido común" de los Warao, engloba no sólo las vías de contagio, sino también el contexto socioeconómico que las envuelve, caracterizado, en este caso, por la miseria, la exclusión y la pobreza extrema. En efecto, como puede apreciarse en los testimonios antes citados, a pesar de que las representaciones populares evidencian desconocimiento de las formas de contagio del VIH, el cual –como es sabido- no es transmitido a través de vectores ni por contacto con basura u objetos contaminados expuestos al "aire libre" por tiempo prolongado, si parecen tomar en consideración que los procesos involucrados en la dinámica salud-enfermedad obedecen más a determinantes sociales, económicos y políticos, que a factores meramente biológicos. Estos determinantes no sólo generan condiciones para la propagación de enfermedades, sino que además limitan el acceso a los sistemas de salud, por lo tanto, más que por aspectos biológicos, el estado de salud de las

poblaciones es determinado por relaciones de poder, dentro de las cuales pobres e indígenas, políticamente marginados de las decisiones que afectan su situación de salud, y económica y socialmente sometidos a condiciones que favorecen la aparición de dolencias, no se prefiguran como sujetos de derechos, sino que por el contrario son excluidos del derecho a la salud (Zent y Freire, 2011).

Perspectivas como estas usualmente no son tomadas en consideración por estudios biomédicos, aunque sí, como hemos visto, de alguna manera están presentes en las representaciones de aquellos que, política y económicamente, son excluidos del derecho a la salud. Mientras que las investigaciones científicas referenciadas ven en Cambalache un posible foco de propagación del VIH porque allí predomina la promiscuidad y la prostitución, la perspectiva de los Warao resalta que se trata de un vertedero de basura, que bajo ningún concepto puede y debe ser hogar y lugar de sustento de centenares de personas. En este sentido, las representaciones de Cambalache como núcleo propagador de enfermedades, epidemias y problemas sociales, no sólo engloban lo concerniente a la transmisión y propagación del VIH, sino también a otras infecciones de transmisión sexual. Al respecto, informantes Warao comentan:

> …hay comunidades completas que se han contagiado de gonorrea, de sífilis, de hecho nosotros tratamos una comunidad, que tuvimos que llevarle un médico para que los inyectara a toditos porque estaban todos contagiados, que habían venido uno de Cambalache con eso, y ellos tuvieron una fiesta y eso fue fenomenal, todos tenían eso y nosotros tuvimos que conseguir un operativo médico y llevarlo hasta allá (Rosa, mujer Warao).

> Cambalache es un desastre, algo que no debería existir, lo que pasa ahí no debería pasar en ninguna parte del mundo, la gente come de la basura, niños también, no hay agua buena para tomar, cocinar … la gente hace sus necesidades en cualquier parte, donde juegan los niños, donde comen, al lado de las casitas, eso da tristeza, no debería pasar… (Julián, líder comunitario Warao).

Las condiciones materiales dan forma a la condición de salud de una colectividad. Desde la óptica de los afectados, Cambalache es entendido no sólo como "origen" de enfermedades, sino también de otros problemas y perturbaciones sociales asociados a la pobreza. Así, por ejemplo, en comunidades indígenas del municipio Antonio Díaz, se atribuye como procedente de Cambalache a la banda de los "cajaros"[22], grupo delictivo conformado en su mayoría por indígenas Warao, especializado en el tráfico de drogas y el robo de motores

[22] Con este nombre es conocida una variedad de bagre (*hractocephalus hemiliopterus*), abundante en las aguas del río Orinoco.

fuera de borda, que adquirió notoriedad por practicar el canibalismo y comerciar con carne humana, entre los años 2011 y 2014. Según relatos de numerosos informantes, los cajaros ejercieron el terror en diversas comunidades del bajo delta, donde asesinaron durante años a hombres, mujeres y niños, con el fin de desollar y trocear los cadáveres de sus víctimas para venderlos como carne salada de cacería en diversos centros poblados del municipio Antonio Díaz. No obstante, un oficial de policía del estado Delta Amacuro, entrevistado para los fines del presente estudio, declaró que si bien algunos miembros de la banda provenían de Cambalache, la misma no era de allí, sino que operaba desde la comunidad de Jobure de Curiapo, donde fueron capturados dos de sus miembros, entre ellos el líder del grupo.

En cualquier caso, más que la procedencia real de esta banda delictiva, llama la atención que en el imaginario colectivo del bajo delta se identifique a Cambalache como epicentro y origen tanto de enfermedades y epidemias, como de fenómenos y comportamientos reprobables, quizá porque la comunidad Warao allí asentada yace en condiciones de marginación, exclusión y pobreza extrema alarmantes, las cuales, además de prefigurar las representaciones colectivas, podrían constituir un ejemplo, una alegoría, de las condiciones socioeconómicas en que parece vivir una parte importante de la población indígena, las cuales –dicho sea de paso- ameritan la rápida intervención del Estado para subsanar una situación que bien podría estar cercana a una crisis humanitaria.

En cualquier caso, Cambalache no es únicamente una comunidad distante del delta, en las afueras de Ciudad Guayana, donde habitan centenares de indígenas Warao y donde se manifiesta en su expresión más cruda la pobreza extrema y la exclusión sociopolítica, sino que tal vez también podría ser una metáfora de la realidad que en la actualidad experimenta casi todo el pueblo Warao. Cabe destacar que la comunidad Warao allí asentada, como se ha dicho, fue el resultado del éxodo de una parte de la población que emigró de sus territorios tradicionales en el bajo delta, huyendo de la epidemia de cólera acontecida en 1993 y que causó la muerte de unos 500 niños, hombres y mujeres indígenas (Briggs y Mantini-Briggs, 2002); es decir, que fue el resultado de una de las manifestaciones más exacerbadas de la exclusión y de la pobreza extrema: las epidemias de enfermedades infectocontagiosas. Cambalache es por tanto una expresión, un símbolo, de la pobreza extrema y de una de sus expresiones más tangibles: las epidemias infecciosas, pero al mismo tiempo puede ser un ejemplo de la realidad que experimenta la sociedad Warao. La

comunidad que allí reside, a pesar de estar ubicada fuera del territorio que tradicionalmente han ocupado los Warao, no puede ser entendida escindida de lo que en la actualidad constituye la sociedad Warao en su conjunto. Los contactos e intercambios sociales, económicos y simbólicos entre las comunidades del delta, específicamente en aquellas ubicadas en la zona de Guayo, y el vertedero de basura de Ciudad Guayana, son constantes y estrechos, materializados a través de migraciones temporales entre ambas localidades, tal como lo explica una docente Warao:

> Más que todo la parte en el municipio Antonio Díaz, en la parroquia Basilio Barral, Padre Basilio Barral, que es sector Guayo, tienen unas comunidades allá. Entonces ellos, cuando llega ahoritica, estamos nosotros empezando la creciente, cuando el río está creciendo, ya para como septiembre, octubre va bajando. En enero, ya vamos a decir que está la marea baja, entonces esa gente viene, vienen en curiara, a vela, llega a San Félix, y ellos van para Cambalache, Cambalache donde está el vertedero de basura.

Con la llegada de la estación seca, Cambalache adquiere importancia económica para algunos Warao del bajo delta, quienes acuden allí en busca de recursos de subsistencia obtenidos de la basura. Por tanto, además de una población indígena asentada de forma permanente en el vertedero, existe otra fluctuante que llega a él para practicar la recolección de basura por lo menos una vez al año, tal como antaño podrían haber hecho sus antecesores atravesando los distintos ecosistemas que componen el delta de Orinoco. Los impactos de la cultura occidental han afectado en tal medida la estructura económica tradicional Warao, que en la actualidad dicha sociedad no puede ser entendida sin vinculación con asentamientos marginales que los indígenas han fundado al "margen" de los centros urbanos. No deben excluirse, por tanto, como focos de propagación de la dolencia, fenómenos que actualmente experimenta la cultura Warao, tales como las migraciones temporales a diversos centros urbanos del país, la prostitución y el trabajo en la minería ilegal.

Tida-wina como factor de riesgo

La infección por VIH en el municipio Antonio Díaz –como se ha dicho- muestra notorias diferencias entre las tasas que afectan a la población masculina (15,6%) y a la femenina (2,6%). Según algunos estudios (Villalba *et al*., 2013a), la promiscuidad y la iniciación sexual temprana es frecuente en Delta Amacuro, siendo la media del número de compañeros sexuales de 4 por año, llegando en algunos casos hasta 30 compañeros

sexuales por año. También se ha reportado prostitución, especialmente en *tida-winas*. Estos resultados son contradictorios con este y otros estudios que han caracterizado como conservadora a la sexualidad Warao (Mosonyi, 1984). Conviene por tanto profundizar en cómo son entendidas, y como se manifiestan, las concepciones actuales en torno a la *tida-wina,* así como en la manera en que la actualidad los jóvenes experimentan su sexualidad.
Como se ha visto, en la actualidad, la *tida-wina* ha ido perdiendo espacio en la sociedad Warao, lo que ha incidido en que esta identidad transgénero vaya siendo progresivamente excluida de las relaciones socioproductivas y marginalizada socialmente. De este modo, exiliada su figura social del mundo Warao, la *tida-wina* deja de cumplir un rol en él y pasa a convertirse en una figura propia del mundo criollo y ajena al Warao, es decir, en una desviación, un desterrado social y responsable directo de la pandemia de VIH que padece el pueblo Warao.

El homosexual ha perdido la condición y conceptualización que le asignaba la sociedad Warao en el pasado, mientras ha ido adquiriendo la de "marico", viendo alterada así su identidad tradicional y con ella la posibilidad de ser *tekoro* y de formar parte del entramado social, para transformarse en estigma social, en un actor social deshumanizado, sometido al ostracismo, rechazado y vilipendiado, que –por tanto- pasa a ejercer su condición sexual en escenarios sociales marginales. Tan es así que algunas mujeres Warao lo relacionaron con un "*jebu* que sale en las noches a contagiar a los hombres de SIDA". Asimismo, al preguntarle a otra informante Warao sobre el origen del SIDA en la zona de caño Winikina, narró que seis *tida-winas* habitantes de *Koberuna* se contagiaron en San Francisco de Guayo y propagaron la enfermedad en la zona, donde "todo el mundo" actualmente la padece.

Sin embargo, si bien es cierto que, sobre todo entre jóvenes, la concepción peyorativa y excluyente del "marico" se superpone a la abarcante e incluyente de la *tida-wina*, entre los Warao que sobrepasan los 50 años de edad, aproximadamente, la concepción tradicional de la *tida-wina* de cierta manera prevalece, aunque más asociada a los imaginarios que a las prácticas. De este modo, se distingue entre el "marico", a secas, asociado a la categorización criolla y a la prostitución, y el "marico Warao", asociado a la categorización tradicional de la *tida-wina*:

> *Tida-wina* es un marico, así, pelo largo, Tucupita si hay bastante marico, trabaja en peluquería, no *tida-wina* … antes se casan, novio, ahora ya no … ellas hacen chinchorro, ahora no hay maridos,

> *Tida-wina* trabaja comiendo, sembrando ocumo … yo tengo una primo mío, cabello negrito, bien bonito, él baña con champú, él no parecía un hombre, era una mujer … él se va a sembrar ocumo, el mismo cocina, cuando termina comida el mismo recoge plato … el marico [Warao] no es así malandro. Marico Warao bueno, gente corazón, anda con Dios, no dame rial aquí está culo mío, no habla así. No, Warao de marico bueno, trabaja chinchorro, siembra ocumo, no roba, nunca pelea, nada (Sara, mujer Warao).

La distinción más elemental entre el "marico" y el "marico Warao" se manifiesta o materializa en la división sexual del trabajo y en los roles económicos asociados al género, pero mientras la concepción Warao relaciona al homosexual a actividades económicas moralmente aceptadas, propias de cualquier mujer, la criolla lo vincula a oficios económicos con fuerte carga simbólica excluyente y estigmatizante: la prostitución. Bajo la mirada Warao la *tida-wina* se asimila a la condición de mujer, y por tanto desempeña roles económicos asociados a estas (sembrar, cocinar, tejer, entre otros), por el contrario, bajo la concepción criolla se le asimila a la prostitución y en esa medida experimenta una múltiple exclusión: por ser indígena, marico, prostituta y propagar el VIH.

Tanto estudios de carácter biomédico (Villalba *et al*. 2013[a]; 2013b; Rangel *et al*, 2012), como el grueso de la población Warao y criolla del municipio Antonio Díaz, especula que los *tida-wina* podrían constituir un factor de riesgo en la propagación de la enfermedad. Es decir, más que a los deficientes sistemas de salud, a las inexistentes campañas preventivas y a la acción transculturizadora de la sociedad criolla, la propagación del VIH parece estar asociada, tanto en las representaciones médicas como en las populares, a la proscrita figura de la *tida-wina*.

La sexualidad actual de los jóvenes

Jóvenes y adultos, mujeres y hombres, coinciden en señalar que la vida sexual de los jóvenes Warao de la actualidad es más activa y variada que la de generaciones que les precedieron. No es raro entonces que en comunidades grandes los jóvenes indígenas tengan una vida sexual dinámica, compartida –a veces-, con diversos compañeros sexuales de ambos sexos, tanto en su propia comunidad como en otras. Como se ha visto, fiestas patronales, patrias o religiosas, así como eventos deportivos, constituyen nodos en los cuales jóvenes Warao de diversas partes del municipio confluyen, comparten y desarrollan una sexualidad activa y diversa, poco conocida por hombres y mujeres de mayor edad de su propia cultura. La edad promedio de iniciación sexual de los jóvenes es de 15 años.

Según las pautas tradicionales, a esa edad un joven Warao debería poseer todas las destrezas, habilidades y conocimientos necesarios para construir viviendas y procurar alimentos para sí mismo y para otras personas, por lo cual es apto y autorizado, social e individualmente, para casarse y crear una familia. Por su parte, las mujeres una vez experimentada la primera menstruación, deberían poseer todas las competencias socialmente requeridas para procrear y formar una familia, lo que supone que, a esa edad, lo normal es que conozcan y dominen lo necesario para cuidar, educar, alimentar y sanar las enfermedades más comunes de sus hijos y esposo. No obstante, la incorporación de los jóvenes a la educación oficial, y la desestructuración de las formas tradicionales de vida, han contribuido a que algunos adolescentes, de ambos sexos, alarguen su juventud evitando los compromisos matrimoniales a temprana edad, en algunos casos contraviniendo normas tradicionales y la voluntad de sus padres. Esta particularidad se sustenta, en primer lugar, sobre la base de una decisión personal de los propios jóvenes, quienes en algunos casos se rehúsan a materializar uniones matrimoniales a temprana edad; pero también involucra una dimensión social o colectiva, en tanto que su desvinculación de las actividades económicas tradicionales, les configura como incompetentes o no aptos para formar una familia, en tanto no disponen de los conocimientos ni de la experticia necesarias para sustentar, cuidar y educar a su prole.

Transformación de las actividades económicas y su incidencia en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes Warao

Nuevos oficios y quehaceres, como el servicio doméstico y el trabajo asalariado en ciudades, también favorecen que los jóvenes cambien los patrones de unión sexual tradicionales de los Warao, por una sexualidad más promiscua que la tradicional. Actualmente, una importante fuente de ingreso de algunas familias Warao, es enviar a sus hijas adolescentes a la capital del estado o a ciudades de estados cercanos como Anzoátegui, Monagas y Bolívar, para trabajar en el servicio doméstico. Es opinión común que algunas de estas muchachas han sido víctimas de abusos sexuales y/o que tengan, simultáneamente, un novio en la ciudad donde trabajan y otro en los caños. Igualmente, es frecuente escuchar que el alcoholismo incide en el aumento y expansión de la vida sexual entre los jóvenes. Al respecto, un enfermero Warao señala:

> El alcoholismo y la promiscuidad aquí van juntos, por andar bebiendo y emborrachándose

es que los muchachos ahora son más promiscuos, las muchachas también.

Violencia Estructural

La mayoría de los estudios que han dado cuenta de la infección por VIH entre los Warao, han discutido factores de riesgo biológicos y de conducta que pudieron haber sido determinantes en la propagación del subtipo VIH-1B en estas poblaciones. Sin embargo, no se han tratado riesgos de tipo estructural, escasamente medidos en ensayos epidemiológicos, pero incluso más relevantes desde el punto de vista preventivo. En este sentido, es necesario insistir que los Warao viven en condiciones sanitarias precarias, con escasa infraestructura y limitado acceso a centros de atención médica, agravados por la inexistencia de buenas vías de acceso y de servicios de transporte efectivos. Esta situación es una realidad tanto para los Warao que aún permanecen en sus tierras ancestrales, como para aquellos que han salido de ellas en busca de oportunidades de subsistencia, ya que ambos grupos son normalmente objeto de discriminación en centros médicos públicos.

Según Villalba *et al* (2013a; 2013b), la falta de conocimiento, la ausencia de campañas de salud informativas, así como algunos hábitos y creencias de los Warao, representan unos de los principales factores de riesgo para contraer la infección. No obstante, sin un sistema de salud eficiente y sin campañas informativas adaptadas al mundo Warao, no es acertado atribuir a los aspectos culturales los principales factores de riesgo, ya que estos están supeditados a procesos discriminatorios que excluyen a la mayor parte de la población indígena de los sistemas de salud. Las características culturales no deberían ser un problema para la salud en sociedades donde los sistemas médicos y educativos funcionen adecuadamente y cumplan con sus obligaciones básicas. En una región en la que sus habitantes han sido, a lo largo de la historia, continuamente excluidos e incluso agredidos y donde la inequidad social prevalece, no puede esperarse que su población no sea víctima de graves problemas de salud como los que padecen los Warao. Si este pueblo no dispone siquiera de los servicios públicos más básicos para garantizar su bienestar, no se puede ni se debe achacar a sus costumbres y hábitos la responsabilidad principal de la rápida propagación de la enfermedad en la zona. Por otra parte, como se ha explicado, los patrones de unión sexual de los Warao condenan la promiscuidad y las relaciones sexuales extramatrimoniales, por lo que constituiría un error atribuir a la cultura tradicional las causas de la expansión de la infección por VIH en este pueblo indígena. Por el contrario, la

alteración, desestructuración y modificación de los patrones tradicionales constituyen los verdaderos factores de riesgo en la propagación de la epidemia. En consecuencia, no son los *tida-wina,* las migraciones que los Warao en la actualidad protagonizan y mucho menos las prácticas sexuales tradicionales, las principales causas a "atacar" para frenar la epidemia, por el contrario, se debe garantizar antes que nada los derechos y necesidades básicas a este pueblo milenario y la permanencia de sus valores culturales tradicionales.

Más de la mitad de los pacientes VIH positivos Warao detectados no saben leer ni escribir y la gran mayoría reportó no haber escuchado jamás acerca del VIH o SIDA, demás está decir que desconocen métodos de barrera como el uso del preservativo o condón y que sus concepciones tradicionales de salud no contemplan la vía sexual como forma de contagio, como más adelante será explicado. Aunque habían sido diagnosticados previamente, muchos de estos pacientes no habían recibido tratamiento antirretroviral, lo que implica mayor riesgo de propagación de la infección si se toma en consideración que la carga viral está directamente relacionada con la capacidad de infectar. Además, carecen de conocimiento relacionado con la infección o su transmisión, por lo que ha habido una conducta de rechazo hacia aquellos VIH-positivos y sus familias, por temor a ser contagiados.

Es menester comprender los factores estructurales de riesgo involucrados en la rápida propagación del VIH, además de la importancia de actuar rápida y eficientemente en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la dolencia en estas poblaciones, ya que en una década 9,55% de la población ha sido infectada, y la epidemia sigue creciendo a tal punto que puede doblar su tamaño cada año desde 2005, lo que puede resultar catastrófico para el pueblo Warao, sobre todo si se tiene en cuenta el hecho de que están apareciendo cepas resistentes a la terapia antirretroviral en la zona (Villalba *et al*, 2013a).

Uno de los principales inconvenientes que se presentan en Delta Amacuro con los pacientes Warao VIH positivos, tiene que ver con la falta de adherencia al tratamiento. A parte de la dificultad de conseguir antirretrovirales en la zona, el tratamiento, de por vida, es complejo y engorroso, requiere el consumo diario de varias pastillas. Así, cuando la mayor parte de los pocos Warao con acceso al tratamiento se sienten un poco aliviados de la sintomatología típica de la enfermedad, detienen el tratamiento, lo que induce al aumento de la carga viral y por lo tanto, aumenta el riesgo de infección. Varias razones

pueden estar implicadas: falta de información; problemas de comunicación (la información que reciben los pacientes no es en su lengua materna, sino en español); personal de salud poco sensibilizado o ignorante de la realidad de sus pacientes; carencia de hábitos de tratamientos prolongados que no son comunes en las terapias médicas tradicionales, entre otras. En cualquier caso, estos factores no son determinantes o serían fácilmente subsanables si se contara con un sistema de salud adecuado, eficiente y ajustado a las realidades cotidianas del pueblo Warao.

El problema de fondo de la epidemia de VIH entre los Warao, no es cultural ni apunta a las formas tradicionales de vida, sino que es estructural a los sistemas educativos y de salud. Los programas de prevención, atención y tratamiento son prácticamente inexistentes o en extremo escasos. La oferta de centros de atención médica es precaria y sus procedimientos no se ajustan a las formas de vida del pueblo Warao, lo que evidencia que en el diseño mismo de los sistemas de salud operan mecanismos de exclusión y marginación de la cultura de los indígenas, tanto en zonas rurales como periurbanas.

La exclusión no tiene lugar únicamente en el acceso de los Warao a los servicios básicos sanitarios y educativos, lo que de por sí ya resulta alarmante, sino también en el acceso a recursos económicos y fuentes de ingreso. Los Warao abordados manifestaron constantemente el miedo a enfermar como uno de los principales problemas que actualmente padecen y que en ocasiones les ha obligado a migrar de sus territorios tradicionales, ya que, tanto en los caños como en la periferia de los centros urbanos, es en extremo difícil obtener tratamientos necesarios para la sanación. Igualmente, señalaron de modo recurrente la obligación de migrar para satisfacer las necesidades más básicas y elementales de subsistencia: alimento, ropa, remedios.

Foto 12. Asentamiento Warao próximo a Tucupita

Foto 13. Ambulatorio de Jobure en estado de abandono desde hace más de siete años

IV. El contexto de una epidemia: Transformaciones en la estructura económica y la propagación de infecciones de transmisión sexual

La desestructuración de las formas económicas tradicionales, ha jugado un papel importante en la transformación de las prescripciones sexuales tradicionales y en la "aparición" de nuevos hábitos y costumbres, hasta entonces desconocidos por este grupo indígena. Estos cambios parecen estar relacionados con el desarrollo de infecciones de transmisión sexual en Delta Amacuro. La dificultad de acceder a bienes básicos de consumo, en particular alimentos, aunada al abandono progresivo de la explotación tradicional de los recursos del hábitat ancestral, han conllevado a los Warao a desempeñar actividades económicas no tradicionales fuera de sus territorios tradicionales, en el perímetro, al margen, de la sociedad envolvente, en centros urbanos.

Recolección de desechos en vertederos de basura de grandes ciudades, mendicidad, venta ambulante de artesanía en centros urbanos, servicio doméstico, prostitución ocasional, entre otros, son algunos de los oficios que hoy practican los Warao como medios de subsistencia, y que suponen el abandono de los territorios ancestrales y cambios en la estructura económica tradicional.

La economía tradicional

Los Warao se especializaron por milenios en la explotación equilibrada de los diversos ambientes del Delta del Orinoco. Su principal actividad económica tradicional fue la recolección, la pesca y la caza, a pesar de que a través de la interacción con otros pueblos indígenas conocían la agricultura desde tiempos remotos. De hecho, la horticultura aparece de manera frecuente en la historia y narrativa oral Warao. Sin embargo, a pesar de que desde el siglo XVI hay noticias de Warao cultivando batata y yuca amarga en el delta alto y central, la práctica de la agricultura comienza a ganar protagonismo -como actividad económica importante- a partir de 1920, con la llegada al delta del ocumo chino (*Colocasia esculenta*) (Heinen y Gassón, 2006; Gómez-Beloz y Rivero, 2006). Hasta entonces, los Warao no disponían de un cultígeno que se adaptara de manera estable a las tierras anegadizas del delta medio y bajo. Por lo tanto, fueron la caza, la pesca y la recolección, las principales actividades económicas tradicionales practicadas por este pueblo.

Como se ha dicho, el moriche (*Mauritia flexuosa*) y otras palmas como el temiche (*Manicaria Saccifera Gaertn*) y la manaca (*Euterpe sp.)*, fueron elementos clave en la

economía tradicional Warao. De ellas extrajeron gran variedad de productos alimenticios y utilitarios. Asimismo, la importancia de estas palmeras se confirma en su aparición constante en la mitología e historia oral. De los cogollos de moriche se elabora una fibra que es usada para la elaboración de gran variedad de enseres, que van desde cuerdas y chinchorros hasta cestas y diversos tipos de artesanía destinada a la venta a los criollos, pasando por objetos (coronas) usadas en rituales religiosos. De la corteza de su tronco, como también del de la manaca, se obtienen tablas que se utilizan en la construcción de los suelos de las viviendas y de las pistas de baile que son usadas para la celebración de fiestas y rituales. Las hojas de temiche se emplean para techar viviendas, mientras que con los vástagos de esta palma y la de moriche se manufacturan varios objetos como arpones, bisturís para cortar el cordón umbilical de los recién nacidos, boyas de pesca, lanzas y velas para canoas, aunque en la actualidad es el plástico el material más frecuente en la fabricación de las últimas (**Foto 9**).

Foto 14. Tejido de fibra de moriche

Foto 15. Velas de hojas de temiche y de plástico

Foto: Michell Conna

Igualmente, el fruto del temiche, antes de que madure, se emplea como remedio para la deshidratación:

> Ahoritica nosotros no sabemos lo que es el suero, ahoritica todo tienes que ir pa llá lejos, Tucupita, Caracas … pa buscar remedio, suero, no hay, el Warao muere, pero cuando tú tienes suero natural no, es mejor, allá está la fruta de temiche, ellos tienen una fruta que es redondita, así con unos copitos, eso cuando está tierno tiene agua, esa agua es idéntico al suero, cuando uno toma suero, salobre… eso era el suero cuando una persona estaba deshidratada, los niños más que todo cuando tienen diarrea, entonces se les daba eso (Euclides, aidamo Warao).

Del moriche, además del fruto, se obtiene una amplia variedad de alimentos. Del interior de su tronco se extrae almidón o sagú para la elaboración de yuruma[23] (**Foto 17**). Su sabia fresca sirve como bebida refrescante, y fermentada como bebida alcohólica. Los cogollos proporcionan palmito y los troncos caídos una importante fuente de proteínas: el gusano del moriche, larva de varias especies de coleópteros que se refugian y alimentan en los troncos muertos del moriche. Asimismo, de sus raíces se obtienen remedios y medicinas.

[23] Especie de pan elaborado con almidón o fécula de moriche que constituyó uno de los principales rubros alimenticios de la gastronomía Warao. En la actualidad se continúa consumiendo como complemento alimenticio y con fines rituales en comunidades relativamente aisladas de centros poblados criollos.

Foto 16. Yuruma

En relación a la caza, no todos los animales representan alimento, ya que sobre algunos recaen tabúes que prohíben su consumo. Algunos animales son cazados por formar parte de la dieta cotidiana de los Warao, otros para ser vendidos a los criollos y otros no son objetos de cacería por estar protegidos por tabúes alimentarios, aunque en la actualidad las normas que prohíben la cacería de algunos animales son laxas y flexibles.

Acures, lapas, chigüires y báquiros son especies frecuentemente cazadas con fines alimenticios, aunque algunos Warao de la zona de Murako evitan dar muerte a estas las dos últimas (Hienen, 2011: 1008). La pava de monte (*dokosimo*), el paují (*yaromu*), la gallina de monte (*tubu)* y el pato (*ume*), son aves apetecibles para los Warao, por lo tanto forman parte de los animales que son cazados para comer su carne. La cacería de especies como el

caimán (*niarabaka*), la baba (*duruduru*), el jaguar (*tobe*) y el perro de agua (*jojetobu*), tiene por objeto su venta a los criollos, quienes las procuran tanto por su piel como por su carne. Por otro lado, el danto (*Naba*), venado (*Masi*) y araguato (*Wahi*) son objeto de tabú, por lo cual gozan de la protección de los Warao. Sin embargo, estas prohibiciones cada vez son menos respetadas en la actualidad, por lo que no es raro ver que cacen casi cualquier tipo de animal para comercializar su carne o para el autoconsumo.

Foto 17. Venta de pescado

Foto: Michell Conna

En la estación seca morrocoyes, iguanas y caracoles terrestres son recolectados por los Warao, mientras que en la húmeda obtienen frutos silvestres como los de la manaca y del seje. De igual manera, en esta época, salen a recolectar pichones de aves y cangrejos, cuyos periodos de recolección lo marcan las constelaciones y fases de la luna. Igualmente, cambios en la coloración del agua del Orinoco marcan el inicio de explotación de algunos recursos como el morocoto (*Piaractus brachypomus*), cuya pesca se inicia cuando las aguas del delta se tornan azules, a finales de la estación seca y a inicios de la lluviosa.

Foto 19. Aguas azules en el delta marcan el inicio de la temporada de pesca del Morocoto

No obstante, las actividades económicas practicadas en tiempos de sequía, como se ha dicho, progresivamente están siendo substituidas por migraciones temporales a centros urbanos, pues es en esta estación cuando algunos Warao remontan en curiara el Orinoco para pasar una temporada en Cambalache, visitando familiares y buscando una fuente de recursos en la recolección de desechos. Asimismo, es en tiempo de sequía cuando los Warao migrantes prefieren trasladarse a los centros urbanos para obtener medios básicos de subsistencia, debido a que el clima les permite acampar y buscar dinero en las calles de las ciudades.

Economía actual

Los procesos de transformación que hoy experimenta la sociedad Warao, como resultado de la imposición de pautas y patrones culturales de la sociedad criolla, guarda relación estrecha con el grave estado de salud de este pueblo indígena. Estos cambios no son de reciente data, sino que se remontan al momento de la conquista de América por parte de los principales reinos europeos. No obstante, la transformación sistemática de las formas de vida tradicionales, puede rastrearse a partir de la década de 1920, cuando llega el ocumo chino, *ure*, a los territorios Warao del delta central y, poco después, en la década de los cuarenta, con la instalación de las primeras misiones católicas. Existe desacuerdo en las fuentes sobre la manera en que el ocumo chino arriba a la región. Algunas señalan que fue de la mano de inmigrantes Warao asentados en la vecina Guyana (Heinen, 2011), mientras que otras responsabilizan a los misioneros capuchinos por la masificación del cultivo de

este tubérculo en la región (Gómez-Beloz y Rivero, 2006). En cualquier caso, la introducción del ocumo chino coincide con la instalación de los primeros centros misioneros en el delta y desde estos se promocionó con ahínco su cultivo y explotación. Con la introducción de este cultígeno, la explotación de los morichales comienza un progresivo proceso de abandono en determinadas zonas del delta. Si bien, en la actualidad, la yuruma continúa siendo consumida con fines alimentarios y rituales, con la introducción de ocumo chino pasa a ocupar un lugar secundario en la alimentación, mientras que el morichal empieza a perder preponderancia en la economía Warao. Las expediciones de recolección a los morichales se tornan secundarias, los Warao se convierten en conuqueros y horticultores de roza y quema, a medida que van dejando de ser expertos recolectores con un conocimiento detallado y sofisticado del funcionamiento de humedales y ciénagas. Paralelamente, misioneros capuchinos fomentan el cultivo del tubérculo, al tiempo que empiezan a ofrecer servicios educativos y sanitarios en las misiones, con el fin de atraer a la población Warao a sus inmediaciones para convertirla al catolicismo.

Se da inicio así a un proceso de relativa sedentarización, alterándose el patrón tradicional de asentamiento: los Warao emigran desde los caños pequeños del interior del delta, para instalarse en los caños abiertos, mejor comunicados con los centros misionales y donde es posible la siembra de conucos. Al mismo tiempo, la movilidad a través de los distintos ecosistemas deltaicos, comienza a configurarse como actividad complementaria a la agrícola conuquera. Las actividades de recolección empiezan a ser alternadas con las agrícolas, que ocupan mayor protagonismo económico. El Warao va dejando de ser principalmente un recolector móvil, para convertirse en agricultor sedentario en los caños abiertos y próximos a las misiones. La responsabilidad de los misioneros capuchinos en este proceso queda en evidencia en la presentación del libro "Etnografía de los indios Guaraunos", escrito por el obispo y vicario Fray Ángel Turrado Moreno en 1945, quien señala:

> … cuán duro y persistente ha sido el trabajo del misionero para sacar al indio guaraúno de su rutina hereditaria, el río, la caza y el morichal; dándole a conocer los beneficios de la agricultura y adiestrándolo en el cultivo de la tierra; con el fin de que se ligue a ella, la ame y no la abandone (Turrado Moreno, 1945: 7).

Pareciera entonces que la tarea misional en el delta tuvo entre sus metas el desplazamiento de los Warao de sus territorios ancestrales. A propósito, el fenómeno de despoblamiento que experimentó la zona de Isla de Mariusa es elocuente, allí efectivamente "el indio guaraúno fue sacado de su rutina hereditaria" (*Ídem*). Por carecer albardones o de terrenos

aptos para la siembra de conucos de ocumo chino, casi toda la población de la región emigró hacia otras zonas del delta donde este cultivo podía prosperar, específicamente hacia las regiones comprendidas entre los caños Winikina y Arawao, hasta la misión de San Francisco de Guayo, y entre el caño Merejina hasta Curiapo, capital de municipio. Al respecto, un informante señala que la causa que lo motivó a migrar desde Mariusa a Winikina, fue precisamente la adopción de la horticultura como actividad económica principal:

> En Mariusa, los caños … no puede siembra, pura agua salada, se mueren…Por aquí en Winikina bastante ocumo, hay bueno, no se muere nada, plátano, yuca. Ahí se puede sembrar, Mariusa no, muchos cangrejos, se comen … (Andrés, hombre Warao).

En consecuencia, toda una vasta zona del delta se despuebla, mientras que los lugares a los que se dirigieron los antiguos morichaleros de Mariusa –próximo a las misiones-se superpuebla, llegando a albergar más del 60% de la población total Warao del delta (Heinen *et al*, 1996; Heinen y Gassón, 2006). Esto supuso un importante cambio en el patrón de asentamiento, según el cual los Warao pasaron de una vida seminómada en comunidades dispersas, a otro más sedentario, concentrado y hacinado. Sin embargo, a pesar de los significativos cambios que el cultivo del ocumo chino y la acción misional imprimieron en la economía tradicional y los patrones de asentamiento Warao, las unidades tradicionales básicas de organización social consiguieron mantenerse. De este modo, las estructuras de mando tradicionales no experimentaron transformaciones significativas (Heinen, 1982:209), sino que se adaptaron al nuevo modo de producción. Aun así, las alteraciones antes mencionadas abonaron el terreno para que, posteriormente, la estructura social Warao comenzara a socavarse. Las misiones de Araguaimujo y San Francisco de Guayo, emprendieron una campaña de proselitismo para que los Warao sustituyeran su economía recolectora por otra agrícola, convenciéndoles de que abandonaran los morichales con la finalidad de asentarse en Winikina y Araguabisi para desarrollar cultivos de arroz que abastecerían a los centros misioneros (Ayala Lafée-Wilbert y Wilbert, 2008).

Emigrados del interior de la red de caños del delta bajo y central, hacia los caños abiertos y centros misioneros, no sólo atraídos por la posibilidad de practicar la agricultura, sino también por el proselitismo de los clérigos, los Warao empiezan a hacerse dependientes de bienes de consumo del mundo criollo a los que únicamente podían acceder a través del

dinero. Simultáneamente, tanto la población criolla como la indígena experimentaron un aumento poblacional en la zona, los primeros atraídos por la extracción petrolera y la posibilidad de hacer fortuna, y los segundos por el acceso a la biomedicina, la cual ayudó a disminuir la mortalidad infantil (Turrado Moreno, 1945), a pesar de que en la actualidad la tasa de niños Warao que mueren antes de cumplir un año de edad está entre las dos más altas del país, llegando a superar hasta 20 veces el promedio nacional en algunas áreas de su territorio (Freire, 2007: 9).

Por otro lado, en la década de 1950, la población criolla ve en la madera y en la pesca a grande y mediana escala una alternativa de explotación. La introducción de cultivos comerciales, la fundación de aserraderos, de empresas pesqueras y de explotación de palmito, acabaron por menguar el sistema económico tradicional en algunas zonas del delta. El trabajo, antaño organizado en equipos por *aidamos* y orientado hacia la redistribución dentro de la familia extendida, empieza a desestructurarse mientras se transforma en una actividad individual con base en contratos, debilitando así las redes de compromiso y solidaridad fundadas en el parentesco. La contratación de la fuerza de trabajo individual, socavó, limitó y dificultó, la responsabilidad tradicional de los hombres en edad productiva, en el mantenimiento de los ancianos y niños del grupo familiar, dejándolos desprotegidos y en estado de indefensión. Al mismo tiempo, paulatinamente los conocimientos de explotación de los morichales empiezan a ser olvidados, es decir, nuevas generaciones comienzan a perder "acceso" a una valiosa información acerca de la manera de vivir en las marismas del delta, lo que incide aún más en el abandono de las prácticas productivas tradicionales. Simultáneamente, criollos y misioneros emprenden explotaciones de arroz, debido a la afinidad de este cereal por los terrenos anegadizos, con fuerza de trabajo Warao. Se fundan plantaciones con fines comerciales de arroz y de ocumo chino en zonas inundables, y de maíz, yuca, cambur y plátano en las zonas elevadas que permanecen a salvo de las inundaciones. Algunas de estas iniciativas fueron emprendidas por Waraos, pero en la mayoría de los casos estos se desempeñaron como mano de obra de productores criollos (Heinen, 1982; 2011). Simultáneamente, la industria petrolera impacta los ecosistemas de la zona (Wilbert y Ayala, 2008), afectando la salud de las poblaciones autóctonas y disminuyendo la capacidad del entorno para proporcionar alimentos, lo cual incide en que la subsistencia Warao se haga aún más dependiente de la horticultura, del trabajo asalariado y de la interacción con la sociedad criolla para sobrevivir. Esta dependencia simbólica y material, conlleva a los más jóvenes a representar

como “difícil” la vida en los caños, a pesar de que nunca han estado allí:

> Me gusta más aquí [en Puerto Volcán] porque trabajo menos, la gente me da, lavo carros. En los caños debo ir a los caños a pescar y luego regresar para vender el pescado en Tucupita a los criollos, trabajo todos los días (Cándido, adolescente Warao).

Por otra parte, los adultos son consientes de la incapacidad de los jóvenes para desempeñar oficios propios del sistema económico tradicional Warao:

> Hoy en día lo hemos perdido mucho ... el muchacho no te sabe pescar así de las maritas, no te sabe sembrar del ocumo, la cacería autóctona de nosotros no la saben por estar metidos en cosas de criollos (Benedicto, hombre Warao)

Sin embargo, la mayor parte de las industrias extractivas, antes señaladas, se retiran del delta en la década de 1990, dejando a una importante población indígena desempleada, dependiente de bienes de consumo del mundo occidental y casi sin conocimientos sobre las formas económicas tradicionales. Sin salarios para costear su subsistencia, sin acceso a la salud y a artículos occidentales de los que se hicieron dependientes, así como disminuidos los conocimientos de la explotación de los recursos alimenticios en el delta, una parte de la población Warao se desplaza a los centros urbanos en busca de medios de supervivencia, dando inicio así a una nueva actividad económica, asociada a actividades marginales de subsistencia (mendicidad, venta ambulante, recolección de basura, etc.).

No obstante, la problemática es compleja, buena parte de la cultura tradicional de los Warao se mantiene viva y presente, a pesar de que la sociedad criolla ha socavado las formas económicas tradicionales, desencadenado una serie de fenómenos que afectan directamente la salud sexual y reproductiva de este pueblo. La dependencia de una fuente monetaria de ingreso, y la súbita retirada de la misma, conduce a algunos indígenas a obtener ingresos monetarios a través de la única fuente que su exclusión del mundo occidental permite: oficios marginales, mal remunerados y poco valorados. En palabras de una docente Warao,

> … tú vas a las comunidades tradicionales, para trabajar con unas comunidades tradicionales es más factible, porque no están contaminadas, vamos a decir de la parte política partidista, tampoco está contaminada, también, vamos a decir, en cuanto a la religión, ellos son puritos, ellos creen en lo que es y saben muy bien que tienen que trabajar para comer. No depende del sueldo, si tienen sueldo entonces no trabajan. Si tú eres una persona que para dar comida a tu hijo tienes que talar, pescar, ir a cacería, nunca te falta comida. Pero llega el momento que tienes un trabajo estable, vamos a darle [un cargo] de promotor, porque eres una persona que no te metes con nadie, te vamos a dar de obrera, hasta ahí llegaste tú, el día

> que tu tengas tu trabajito, ya tu no pescas, ya tu no vas a la cacería, tú ya no talas, solamente tu llegas a depender del sueldito que tú tienes. Entonces en vez de estar talando, comienzas a agarrar comida en los negocios, en los caños hay negocios que son el triple los precios de Tucupita. Entonces vas a agarrar endeudando, agarrar fiado, si te queda la mitad, a veces a algunos no les queda nada, todo se lo van a pagar a la bodega. Y después comienza otra vez el ciclo, pagaste otra vez comienzas tú, así están. Entonces, ¿qué fortaleza? ¿Qué desarrollo estás haciendo tú como persona?

Alteraciones socioeconómicas y su impacto en la salud sexual

Si el abandono de los morichales por el conuco, es decir, la sustitución de un sistema de obtención de recursos centrado en la recolección, por otro centrado en la horticultora, limitó en cierta medida el acceso a una gran variedad de alimentos disponibles en los bosques y caños deltaicos, ya que su obtención pasó a ser complementaria de la actividad agrícola, la adopción de estrategias económicas basadas en el desempeño de actividades marginales en centros urbanos, acabó por liquidar la dieta tradicional y la salud alimentaria de los Warao, basada en la abundante ingesta de frutos, carnes, pescados, crustáceos, insectos, miel y tubérculos. Como más adelante se verá, el consumo de morocoto, yuruma, del fruto y gusano del moriche, es decir, de productos de la dieta tradicional de esta sociedad indígena, es considerado por los Warao como indicador de buena salud. Ellos determinan el buen estado de la sangre, que es quien controla el vigor, la voluntad y el buen ánimo de hombres y mujeres Warao de todas las edades. La dieta tradicional o *Najoro witu* (comida auténtica o comida verdadera), es garantía de una buena salud para los Warao.

Aunque la dieta tradicional en buena medida prevalece y sigue estando presente sobre todo en comunidades aisladas de centros de población criolla y misionera, en ellas su consumo empieza a disminuir por el agotamiento de los recursos naturales, fuertemente impactados por la actividad petrolera, el crecimiento demográfico y las políticas alimentarias del Estado, que introduce alimentos industrializados, ricos en azúcares, extraños a los sistemas alimentarios tradicionales y potencialmente perjudiciales para la salud.

Foto 19. Alimentos frecuentes en la dieta tradicional Warao

Foto 21. Recolección de frutos silvestres

Por su parte, en centros con población criolla y misionera, el consumo de harinas y alimentos industrializados, por parte de indígenas Warao, puede superar en frecuencia y cantidad la ingesta de alimentos autóctonos, garantes de un buen estado de salud. Esta particularidad es asociada por el personal de salud del Centro de Diagnóstico Integral (CDI) del municipio, con la aparición de casos de diabetes entre población criolla e indígena. Pero también podría estar siendo potenciado por la instalación de un centro de distribución de alimentos MERCAL, en la comunidad de San Francisco de Guayo, al cual acuden diariamente indígenas provenientes de todo el municipio, tanto de comunidades tradicionales, como de mestizas o criollas. Según los responsables de dicho centro de distribución, los artículos más demandados y vendidos a la población indígena son harinas de maíz precocido y galletas dulces, asimismo aceite, pasta y leche en polvo tienen fuerte demanda, pero no siempre son vendidas porque su disponibilidad en el establecimiento no es regular, razón por la cual algunos Warao las adquieren para revenderlas a criollo. Sin embargo, harina y galletas dulces, a precios subsidiados, siempre están disponibles, por lo cual cada vez se incorporan con mayor fuerza a la dieta cotidiana del Warao, pudiendo incidir negativamente en su salud, tal como señala el personal médico de la zona.

Foto 21. Mega MERCAL de San Francisco de Guayo

El deterioro y empobrecimiento de la dieta cotidiana, que una parte importante de la sociedad Warao experimenta, es representado por los indígenas como un signo de pobreza social. Más que los bienes materiales, para muchos Warao adultos, la alimentación determina la condición de pobreza de una persona. Si alguien tiene acceso a una alimentación considerada saludable, como lo es la tradicional o *Najoro witu*, basada en la ingesta de pescado, carne de cacería, frutas silvestres, pan de almidón de moriche (yuruma) y vegetales de los conucos, será considerada no pobre, aunque no disponga de bienes materiales. Por el contrario, una persona será considerada pobre si su alimentación no está basada en los productos de la dieta tradicional, sino en la criolla.

> La niñez que yo tuve era muy pobre, pero rico en amor, vamos a decir… pobre en cuestión de vestimenta, pero en alimento no, la naturaleza nos brindaba todo, mi padre nos buscaba la comida, vamos a decir naturales (Ángel, *wisidatu*).

El personal de salud de la zona reportó que el estado nutricional de los Warao, en general, no es bueno. Casos de malnutrición por déficit son frecuentes, por lo que este trastorno se ubica entre las primeras causas de la morbilidad en la región. Tal situación podría estar potenciando la rápida expansión del VIH entre los indígenas Warao, ya que la malnutrición incide directamente en el sistema inmunológico, haciéndolo menos eficiente y aumentando por tanto la carga viral de los pacientes infectados, lo que se traduce en una mayor capacidad del virus para contagiar y en que los pacientes que lo padecen lleguen con mayor rapidez a la fase terminal de la enfermedad.

Igualmente, un enfermero Warao con amplia experiencia en el trato con enfermos de VIH/SIDA, señaló al hambre como una de las principales causas del abandono del tratamiento con antirretrovirales, por parte de los pacientes VIH positivos. Según su experiencia, los pacientes –por norma general mal alimentados- atribuyen los síntomas del hambre a los antirretrovirales, los cuales pueden ser potenciados por estos, razón por la cual abandonan el tratamiento.

El hambre y la malnutrición, consecuencias de la pobreza y de alteración del sistema tradicional alimentario, parecen desempeñar un papel importante en la rápida expansión del VIH en poblaciones Warao. Por un lado, potencian el desarrollo del SIDA, ya que también producen inmunodeficiencia, por lo que unida al VIH la malnutrición puede afectar severamente al sistema inmunológico, provocando un rápido deterioro de la salud de los pacientes contagiados que los conduce a la muerte. Al mismo tiempo, el hambre y la malnutrición pueden aumentar la capacidad de infección del VIH, en tanto aumentan la carga viral por deficiencias en el sistema inmunológico, y con ella el potencial de contagio. Igualmente, la combinación de la malnutrición y el virus de inmunodeficiencia humana, provocan efectos secundarios que potencian la sensación de hambre en los pacientes, lo que los induce al abandono del tratamiento.

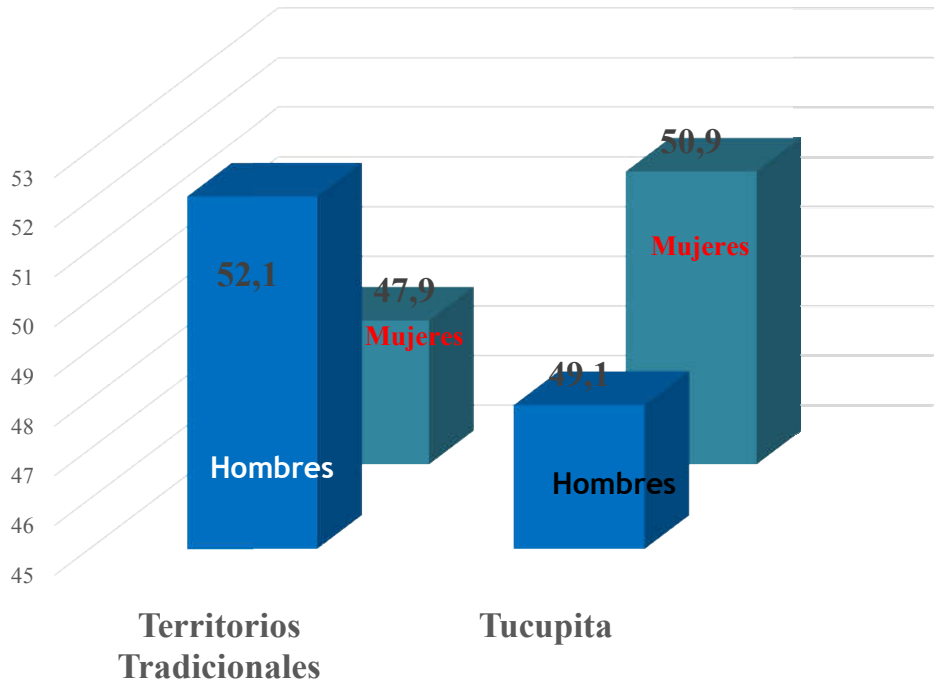
Feminización de la economía

Entre los cambios acontecidos en la estructura económica de la sociedad Warao, destacan, como se ha dicho, oficios en los que las mujeres desempeñan un papel central y protagónico, a saber: la recolección de recursos en vertederos de basura y la mendicidad en centros urbanos. Sin embargo, hasta ahora no se ha mencionado otra actividad, también desarrollada por mujeres, que las personas en el delta asocian con la propagación del VIH y las ITS: el servicio doméstico. Las actividades antes mencionadas, comparten la peculiaridad de ser ejecutadas por mujeres, lo que revela cierta feminización de la economía actual, asociada con las migraciones. Tanto en las migraciones temporales, emprendidas con el fin de recaudar dinero mediante la mendicidad y/o la venta de artesanía, como en el servicio doméstico en casas particulares y comercios de grandes centros poblados fuera del delta, las mujeres desempeñan roles centrales. En escenarios migratorios, la mujer –en compañía de algún bebé que puede ser su hijo o de un familiar

cercano- es la encargada de pedir dinero y de vender artesanía, mientras que el servicio doméstico es únicamente desempeñado por ellas. Este fenómeno, ha incidido en que el hombre ocupe un lugar subalterno en las actividades económicas vinculadas a la migración, lo que se ve reflejado en la estructura poblacional actual de este pueblo.

Como puede apreciarse en la **Figura 9**, la mayor parte de la población femenina Warao reside en la capital del estado, mientras que la mayoría de la masculina lo hace en los territorios ancestrales. Esta particular distribución poblacional por sexo, se explica por el hecho de que las principales actividades económicas en los centros urbanos, es decir, la recolección de dinero y el servicio doméstico, como se ha dicho, son practicadas fundamentalmente por mujeres, lo que puede incidir en que los hombres permanezcan en los territorios tradicionales, mientras las mujeres salen de estos para acceder a recursos de subsistencia.

Figura 9. Población Warao por Sexo y Territorios de asentamiento



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE (2011)

Dada esta particularidad, algunas opiniones vinculan a las mujeres migrantes - además de

al homosexual- con la propagación de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en el delta. De este modo, es común que algunas hipótesis apunten a las mujeres que sobreviven en el vertedero de basura de Cambalache como posibles portadoras de la dolencia en el bajo delta:

> En el vertedero de basura, entonces ellos buscan ahí, ellos se alimentan de lo que consiguen por ahí, la ropa que ellos consiguen por ahí, la lavan y se la colocan. Pero en el transcurso de eso que ellos van viviendo ahí, las muchachas, hasta las mismas mujeres, van conociendo a hombres criollos, y para ellas comer, para ellas mantenerse … ellos se meten, entonces empiezan a pedir a ellos también real por la calle. Y en eso conocen, y algunas hasta se acuestan con ellos y eso (Fernando, enfermero Warao).

Igualmente, el servicio doméstico, que las mujeres Warao suelen ejercer en centros urbanos próximos a sus lugares de origen, es señalado como factor de riesgo en la propagación de infecciones de transmisión sexual:

> Por ejemplo en *Janokosebe*[24] está una muchacha, ella estuvo trabajando en casa de familia, yo no sé, se contagió cuando estaba trabajando en casa de familia, se enamoró de un muchacho, se quedó con ese muchacho y contagió a ese muchacho … el muchacho se murió hace poco, se murió este mes, no sé si se murió en el mes de mayo, se murió en el mes de abril, ese muchacho. Y la muchacha todavía no se le ven los síntomas a ella, todavía ella come bien. Se le ve gordita … Pero todo el mundo sabe porque el doctor la diagnostico y le dijo que ella lo que tenía era eso, y el esposo también que ya murió (Consuelo, docente Warao).

Los oficios que las mujeres Warao en situación de migración desempeñan, suelen estar vinculados, al menos en el universo de las representaciones colectivas, con el ejercicio eventual de la prostitución, razón por la cual son aludidos por casi todas las interpretaciones sobre la entrada del VIH en el delta:

> Mira lo que es trabajar en un basurero para poder comer, a veces comes y a veces no, y si comes te enfermas seguro, depende de la suerte que tengas, de lo que encuentres … entonces las muchachas y las mujeres también a veces se meten con criollos para poder comer porque tienen hambre, y tienen relaciones con criollos que les den dinero para comida … y por ahí también viene el SIDA (Fernando, enfermero Warao).

> … ahora sí las muchachas la dan la prostitución, por lo menos también trabajan en casa de familia, entonces en la casa de familia que trabajan, salen los fines de semana, vamos a decir su paseo, ellas también se van en discotecas, todo eso va influyendo. Entonces cuando se percató ya teníamos esta enfermedad (Mariela, mujer Warao).

Testimonios como estos dan cuenta de una relación entre los cambios en la estructura económica tradicional y cambios en los patrones de unión sexual, que podrían estar desempeñando un papel en la epidemia de VIH que en la actualidad los Warao padecen. La

[24] Comunidad Warao en situación de pobreza extrema en la periferia de Tucupita.

prostitución de hombres y mujeres podría estar configurándose como una actividad de subsistencia eventual, usada como complemento de lo obtenido en la recolección entre los desechos y a través de la mendicidad, lo que de alguna manera sugiere que el cuerpo de mujeres y homosexuales Warao empieza a convertirse en uno más de los artículos u objetos recolectados, intercambiados o vendidos en los vertederos de basura, además de un factor de riesgo asociado a la propagación del VIH.

Exclusión de la movilidad

En la región la gasolina y el aceite para los desplazamientos en curiaras con motores fuera de borda, se han convertido en bienes escasos, casi en lujos, lo que probablemente haya incidido en la aceleración del progresivo deterioro de las condiciones de vida del pueblo Warao. La dificultad para movilizarse en el delta, tal vez haya contribuido a que la recolección de basura en vertederos, la mendicidad, el servicio doméstico, la prostitución ocasional, la venta ambulante de artesanía, entre otros oficios, sean quehaceres que en la actualidad desempeña una parte de esta población indígena. Dicho en otras palabras, la dificultad de encontrar gasolina en el municipio, también puede ser responsable de la pobreza extrema que actualmente experimenta una parte importante de la sociedad Warao.

En el mes de abril de este año, por ejemplo, un tambor de gasolina de 200 litros, que apenas sería suficiente para trasladar a un paciente grave de San Francisco de Guayo a Puerto Volcán, sin cubrir el retorno, ni sumar los gastos de aceite para motor, podía ser comprado en las bombas de gasolina del Estado venezolano por 300 BsF. Sin embargo, no todos pueden comprarlo a ese precio, ya que el combustible escasea y por lo tanto las colas para adquirirlo pueden ser de días, sin que la larga espera asegure la compra del bien. Por otra parte, los distribuidores oficiales de gasolina únicamente despachan dos tambores por persona, lo que apenas es suficiente para un viaje de ida y vuelta a Tucupita (donde se concentra la mayor parte de los servicios de salud en la entidad). Asimismo, el tiempo de espera en las colas, sin garantía de compra de la gasolina, supone un gasto para los Warao, que no sólo deben sufragar los costos de la estadía en las colas, sino que también dejan de desempeñar actividades que suponen la obtención de dinero o alimentos. Sin embargo, en el mercado negro el producto nunca escasea pero su precio asciende a 22.000 BsF. por tambor, es decir, más de 7.333% el valor oficial del rubro, cifra literalmente inalcanzable para la gran mayoría de la población Warao de la región. Algunos Warao señalaron haber hecho colas de hasta una semana de duración, pero la gasolina acabó antes de que les

llegara el turno de comprarla. La media de espera puede oscilar entre dos y cuatro días, siempre bajo riesgo de que el combustible disponible no sea suficiente, resultando infructuosa la espera. En este escenario, viajar a Tucupita desde los caños para realizar una prueba de laboratorio, una consulta médica especializada, recoger antirretrovirales o ser atendido de emergencia, constituyen más que derechos lujos, de los cuales los Warao están excluidos. Factor que debe ser tomado en cuenta al momento de diseñar cualquier acción que enfrente la grave situación de salud en la zona.

Sistemas de salud

Sistema tradicional

El sistema de salud Warao, ha sido moldeado por la cosmovisión que este pueblo tiene de su universo y está íntimamente relacionado con la delimitación geográfica-mítica de sus territorios ancestrales. Los puntos cardinales que lo definen o delimitan, están asociados a la espiritualidad y al estado de salud de este pueblo (Heinen y Henley 1998). Según su cosmología, los puntos norte, sur, este y oeste, además del cenit y el nadir, están habitados por entidades sobrenaturales con capacidad de ejercer influencias en el entorno, que se traducen en la aparición de enfermedades. Asimismo, a lo largo de los puntos cardinales e intercardinales, actúan los *Kaboarotututuma*, señores del cielo nocturno, quienes tienen la capacidad de producir lluvias torrenciales o enormes sequias que resultan en hambrunas capaces de deteriorar la salud, e incluso diezmar a poblaciones enteras.

Aunque los espíritus habitan en las zonas periféricas y axiales del mundo cósmico Warao, frecuentan la tierra con el fin de hacer sentir su poderosa presencia, ante la cual, los chamanes tienen la responsabilidad de actuar, ya que los hombres quedaron desprovistos de su capacidad de vivir en el mundo cósmico después de que descendieran a la tierra y el señor de la muerte les otorgara existencia corpórea, inadecuada para la vida en el cielo y propensa al padecimiento de enfermedades. Sólo los chamanes en estado de trance pueden alcanzar estos niveles cósmicos, y visitar las dimensiones espirituales de su universo para mantener la comunicación continua y oportuna con los seres que rigen su mundo y determinan la salud y la enfermedad.

Especialidades Chamánicas

Como consecuencia de la necesidad de mantener a raya a los seres sobrenaturales y las enfermedades que éstos producen, han surgido diferentes especialidades chamánicas, cada una de las cuales con habilidad de entrar en contacto con los espíritus asociados a los diferentes puntos cardinales, y con la responsabilidad de garantizar una buena relación entre ellos y los habitantes de las distintas comunidades Warao (Heinen, 1998; Wilbert, J., 2004). La concepción de salud y enfermedad de los Warao, por tanto, es indisociable del territorio, ya que las entidades que le dan forma, definiendo sus contornos, son las que generan las dolencias.

Wilbert J. (2004), clasifica varias categorías chamánicas a partir de diferentes órdenes, a saber: el chamanismo sacerdotal (*wisidatu*), el chamanismo de la luz (*bajanarotu*), el chamanismo de la oscuridad (*joarotu*) y el chamanismo climático. Igualmente existió una orden chamánica de artesanos, inherente al arte de fabricar canoas y tejidos por parte de algunos hombres, quienes son conocidos como *moyotu* y *uwasi,* respectivamente. Asimismo, existe una figura chamánica femenina, conocida como *domuarani,* Madre de los pájaros, la cual, aparentemente, se ha extinguido y cumplía funciones asociadas con la especialidad gineco-obstetra:

> Antes también había uno que ya lo perdimos, *Domuarano,* que significa en castellano mamá de los pájaros, eso era solamente las mujeres, eso lo perdimos. Yo conocía la última que vivió en Winikina, eso es trasmitido por familia, vamos a decir mi nieta, mi hija. Pero ella no transmitió, trasmitió al esposo y el esposo murió de una muerte rápida. Casi como el Wisidatu, pero más que todo con la mujer, cuando le va a venir la regla, cuando va a parir. Si no te cae la placenta, ella te canta algo y tú lo botas, cuestiones que tienen que ver más que todo con las mujeres. No usa hierbas, sino más que todo palabras, cantos (Josefina, mujer Warao).

Cada categoría chamánica cuenta con miembros de diferentes niveles de aprendizaje y/o sabiduría, que ejercen prácticas diferentes entre sí. Los detentores de las tres primeras especialidades chamánicas –*wisidatu*, *bajanarotu* y *joarotu*-, tienen poderes curativos, pero cada uno atiende problemas de salud específicos, de diferentes tipos y orígenes sobrenaturales (Wilbert, J., 2004).

En general, la mayoría de las especialidades chamánicas están reservadas para los

hombres, quienes requieren pasar por ritos de iniciación en los que se inducen estados de trance nicotínicos a través del uso del tabaco y largos períodos de ayuno. Sin embargo, se han identificado mujeres en edad madura, y con la etapa de la menopausia superada, que realizan estas prácticas sin antes pasar por ritos de iniciación.

Una persona puede tener más de una especialidad chamánica, y aquel que posea las tres principales es conocido como *kaidokoarotu* o como *kanekoarotu*, guardián de la serpiente de fuego y chamán superior. Igualmente, un *wisidatu,* entrevistado para los fines del presente estudio, hizo referencia a otra especialidad chamánica secreta, conocida por muy pocas personas según su relato, cuyos poderes curativos y para provocar dolencias superan o sobrepasan con creces a los poderes y los conocimientos de los especialistas antes mencionados. Dicho especialista es conocido como *domoarotu*, y es el "chamán supremo" quien "domina la materia". Sin embargo, nos referiremos únicamente a las especialidades médicas chamánicas que en la actualidad juegan un papel importante en el mantenimiento de la salud del pueblo indígena Warao: el *wisidatu*, el *bajanarotu* y el *joarotu*.

Chamanismo sacerdotal: El *wisidatu*

El *wisidatu* es el representante central de la religiosidad Warao. Su apelativo hace referencia a su desempeño como sanador, sin embargo, es conocido también como *dima* o padre, en las instancias ceremoniales que este personaje oficia (Vaquero Rojo, 2000b).

> *Wisidatu* son las personas que son más nobles, no hacen daño, ellos sí salvan, en cuestiones de duendes como llaman ustedes. Para nosotros todo tiene vida. Por ejemplo, si tú ves visiones, o algo así, el *wisidatu* sí te pude salvar. Si tienes un mal espíritu que te está rondando, un muerto que está ahí, todo eso lo cura el *Wisidatu,* si tienes fiebre todo eso lo cura el *Wisidatu.* (Damián, chamán Warao).

En su figura, el carácter sanador y sacerdotal convergen en un solo individuo, y su misión es mantener en equilibrio de la delicada línea que separa la vida de la muerte y la salud de la enfermedad, donde los elementos involucrados en sus dinámicas, dioses y mortales, se manifiestan en una relación de interdependencia cuyo desbalance constituiría el final del mundo Warao.

El poder del *wisidatu* deriva de *kanobotuma*, nuestros abuelos, o consejo de ancianos que reside en la dimensión cósmica del universo Warao. Este consejo está constituido tanto por los dioses del norte y del sur, como por los espíritus de los chamanes fallecidos. Los

poderes del *wisidatu* le permiten sanar enfermedades causadas por *jebus*. Sin embargo, la disposición de causar enfermedades por parte de estos seres etéreos, depende del suministro de los alimentos que les nutren: humo de tabaco y sagú o *yuruma* básicamente. Por lo tanto, sobre el *wisidatu* recae la responsabilidad de realizar ofrendas rituales a estos espíritus, además de custodiar al *kanobo* o "piedra sagrada", considerada la expresión corpórea del espíritu ancestral de cada comunidad.

Una estructura de dos pisos podría constituir el templo del *kanobo* o *jebuajanoko*, literalmente "casa del espíritu", en cuyo nivel superior descansa una cesta de fibra de moriche, el *toro-toro*, que resguarda el *kanobo* junto con otros elementos chamánicos como los *karekossanukatuma,* o piedras menores, en las que habitan los ancestros de las familias de la comunidad y que forman parte de las maracas sagradas: el *jabi-mataro* o maraca grande (con plumas de loro verde), emblema del *wisidatu*, el *jabi-sanuka* o maraca pequeña, el *aja* o tabaco enrollado, además de cigarros o *wina*, el *sibu* o resina de currucay[25] y fósforos o yesqueros. La privacidad de los instrumentos sagrados es resguardada por techos que caen hasta el suelo, construidos con hojas de temiche, siendo además este el único recinto Warao de dos pisos y con paredes que permiten proteger su interior de las miradas externas. La entrada, mantenimiento y protección de este santuario es exclusividad del *wisidatu*, quien tiene pleno derecho y obligación de castigar a aquellos que cometan el sacrilegio de incursionar en este lugar (Vaquero Rojo, 2000b).

El poder de sanación de los *wisidatu*, alcanza la mayor parte de las enfermedades tradicionales de los Warao, sin embargo, como más adelante se verá, su poder de curación frente a algunas enfermedades de origen criollo o exótico es limitado, por ser estas ajenas al ámbito médico de los Warao. En estos casos, sus pacientes son remitidos al médico criollo. Su poder deriva fundamentalmente de sus cantos, de su sabiduría, de su palabra, no recurre a fármacos para sanar. Como ejemplo de lo anterior, se reproduce la narración de una informante, sobre una terapia de sanación con un *wisidatu*:

> … yo tengo a mi hijo gracias a un *wisidatu*. Yo tengo uno sólo, tengo también una niña, pero la niña es una sobrina que yo adopté. Yo no podía tener hijos, fui con todos los médicos y me decían que no. Entonces, mi mamá, me dice "hija pero si nosotros somos Warao vamos a casa de un *wisidatu*". El *wisidatu* me agarró las caderas, me las sobó, me cantó, y me dijo "si este mes no te viene la menstruación, usted no va hacer nada, no cargue agua, algo que no tenga peso". Y fue verdad, cuando no me vino la menstruación, no hice nada de eso y tuve a mi hijo … pero él me dijo que fuera otra vez, "cuando usted para,

[25] Currucay (Copaifera officinalis) es un árbol originario de las cuencas del Amazonas y del Orinoco, cuya resina contiene propiedades antisépticas y antiinflamatorias. Se ha comprobado su eficiencia en el tratamiento de enfermedades venéreas y bronquitis.

> usted viene para que pueda tener otros hijos", y el señor murió y yo nunca fui. Tuve solamente ese muchacho (Roberta, docente Warao).

Si bien el *wisidatu* es considerado benigno, la negligencia en el cumplimiento de sus obligaciones puede acarrear enfermedades devastadoras para su comunidad, principalmente en los niños. Gran parte de la vida del *wisidatu*, transcurre en consultas a los espíritus en relación a enfermedades y en ofrendas de humo al *kanobo* para evitar enfermedades. El *wisidatu* constituye, al mismo tiempo, una suerte de médico de cabecera de su comunidad y un sacerdote con amplio conocimiento del mundo espiritual. Su vida está consagrada a mantener la salud de sus coterráneos y a satisfacer los deseos de los *jebus* con el fin de mitigar sus acciones perniciosas sobre la salud y el buen estado de ánimo los habitantes de su comunidad. Por esta razón suele ser el primer especialista al que los enfermos de VIH acuden.

Chamanismo de la luz. El Bajanarotu

El chamanismo de la luz es también conocido como *bajana*, y sus practicantes son los *bajanarotus*. Estos se especializan en la extracción de *bajanas* del cuerpo del paciente. Las *bajanas* consisten en objetos mágicos patógenos que son introducidos en el cuerpo de una persona con el objeto de perjudicarla. Sin embargo, así como puede extraer estos objetos de los cuerpos enfermos, el bajanarotu también está en capacidad de causar enfermedad e incluso la muerte introduciendo las *bajanas* intencionalmente en el cuerpo de personas sanas. Por lo tanto, es considerado un chamán malévolo, con poder de enfermar. Un *bajanarotu*, explica lo que son las *bajanas* de la siguiente manera:

> …hay objetos que uno los pone miniatura, que se lo traga y ese objeto tú se lo puedes introducir en el cuerpo de otra persona para que se muera, le da dolor o producir ataques del corazón y se mueren.
>
> …un pedacito que corta, yo lo pongo miniatura, me los trago y te los envío a tu cuerpo. Bien puede ser en los ojos o en los oídos, donde te caiga, y eso te produce dolor, te va cortando. Y si eso a ti eso no te lo sacan, eso se va volviendo, se va volviendo, hasta que te llegas a morir. A eso se le dicen *bajana.*

El *bajanarotu* está asociado con el Pájaro de Origen, el Dios *Mawari*, habitante de la montaña del mundo del amanecer equinoccial, en el noreste. Junto al *wisidatu* preside el *Naja Namu*, donde el *bajanarotu* dirige el *Jabi Sanuka*, danza de las maraquitas, que tiene lugar durante el transcurso del ritual del *Naja Namu*. Los *bajanarotus* de mayor rango, *daunonaarima,* ostentan las *daunonas*, efigies del Dios *Mawari* que pueden ser activadas para generar epidemias en comunidades enteras, capaces de destruirlas por completo. El

oficio del *bajanarotu* exigen mucha responsabilidad y autocontrol por su capacidad de general daños, males y hasta la muerte, a otras personas. Por lo tanto, la serenidad, el aplomo, el dominio sobre sí mismo y la capacidad de regular impulsos, son características que todo *bajanarotu* posee; de no ser así, podría desatar tragedias o provocar daños en personas inocentes. A propósito, un *bajanarotu* comenta:

> … las cuestiones chamánicas son buenas, pero en un momento de rabia puedes tu hacerle daño a otro, puedes hacerle daño a los demás. Ese es el secreto … cuando a mí me dé rabia, hay que quedarse tranquilo.

Chamanismo de la oscuridad. El joarotu

El chamán oscuro o *joarotu* ostenta el poder que le proporciona el Dios Guacamayo, amo de las tierras del inframundo ubicadas en el oeste, asociado con los *jebus*. Él es el dueño de las *joas,* cantos hechiceros que se insertan como flechas en el cuerpo y en el alma de las personas, enfermándolas. El emblema de este chamán es una guacamaya roja, *abahera*, y puede llegar a matar a través de enfermedades hemorrágicas como la tuberculosis y la disentería. Por esta razón, y por su relación con los *jebus*, es muy temido. Pero así como puede causar la muerte a través de las *joas*, tienen la capacidad de extraer las que han caído en el organismo de las personas. En sus sesiones de curación se vale tan sólo de sus cantos y del humo de tabaco, no lleva consigo ninguna maraca, tal como lo hacen el *wisidatu* y el *bajanaratu*, ya que su poder no proviene de entidades externas a él, sino de sus palabras. Su existencia la justifica el hecho de que la presencia del *joaratu* rompe con la depredación a la que estaban sometidos los Warao por parte del Dios guacamayo, manteniendo a raya su sed de sangre.

Chamanismo Climático

El chamán del clima o *najarima*, recibe sus poderes del *kaboarotututuma*, o maestros del cielo nocturno, los señores de la lluvia. El *najarima,* "guardián de la lluvia", o la *najarani,* "madre de la lluvia", tienen poder sobre el clima, y por tanto pueden influir en las precipitaciones que se producen en el Delta del Orinoco. El ciclo hidrológico está estrechamente relacionado con el ciclo de reproducción de la palma de moriche, en ese sentido, quien controla los niveles de los ríos y de las mareas, tienen también poder sobre la abundancia o escases de los alimentos que proporciona el moriche y las aguas de los ríos, por lo que puede influir sobre el hambre y la inanición de hombres y animales. A

cambio de un manejo conveniente de los recursos acuáticos, los chamanes del clima imponen a los Warao ciertas normas que regulan el buen comportamiento de éstos ante los ancianos. De tal manera que una conducta abusiva o de falta de respeto hacia los adultos mayores, es castigada severamente por el chamán del clima, que induce lluvias devastadoras o sequías inclementes, cuyas consecuencias pueden converger en hambrunas y la muerte.

Terapia Warao

En el imaginario Warao existen dos teorías de la enfermedad. Ambas suponen un origen espiritual o mágico de las enfermedades, sin embargo, se diferencian entre sí en la medida terapéutica que se emplea para la curación. Por un lado, como se ha explicado, las enfermedades son producidas por el ataque de espíritus caníbales devoradores de almas (*jebus*), objetos patógenos (*bajanas*) o encantamientos (*joas*), que se introducen en el cuerpo del individuo, causándole dolencias. Generalmente este tipo de enfermedades son tratadas por chamanes mediante rituales que incluyen el uso de la maraca sagrada, el humo del tabaco y los cantos. Por otro lado, la teoría pneumónica de la enfermedad entiende el contagio de patologías a través de olores fétidos que son transportados por el aire, el agua o el fomes, hasta el cuerpo, en el cual se introducen para alojarse en cualquiera de las varias almas que componen la esencia del Warao, y que se ubican en la cabeza, tórax, pecho y abdomen. La terapia aplicada a este tipo de enfermedades carece de rituales y se fundamenta en la sustitución de un olor fétido y patogénico, por otro aromático y terapéutico, donde los medicamentos naturales, de índole vegetal, son administrados mediante el consumo oral, la inhalación o unción tópica, con el fin de desplazar los olores fétidos causantes de enfermedades (Wilbert y Ayala-Lafée, 2011).

El diagnóstico de la enfermedad lo hacen chamanes y fitoterapeutas de forma mancomunada. El primer paso para el diagnóstico es realizar una consulta chamánica, en la que cada especialista (*wisidatu*, *bajanarotu* y *joarotu*) dialoga con sus respectivos espíritus titulares, con el fin identificar el origen de la enfermedad, el cual puede ser de orden místico, producto de gases fétidos, de origen exótico o foráneo, así como el resultado de una combinación de los anteriores. Cada chamán, bajo trance nicotínico y con sus implementos correspondientes, pregunta a cada espíritu quién es el responsable del padecimiento del enfermo. Si alguno de los chamanes determina que la enfermedad está

bajo su campo de especialidad, procede a realizar el tratamiento correspondiente, prescindiendo de la fitoterapeuta. Si los chamanes no logran diagnosticar la dolencia, entonces el paciente pasa a manos de la fitoterapeuta. Por el contrario, si ninguno de los campos médicos tradicionales logra determinar la patología, entonces se asume que es de origen exótico y que el paciente debe ser tratado con la medicina del criollo. Tal es el caso de muchos pacientes con VIH que acuden a los *wisidatu*, quienes por lo general reconocen que la enfermedad es de origen exótico, y por lo tanto debe ser tratada por los médicos criollos. El problema radica en que los métodos de diagnóstico tradicionales no son capaces de detectar a tiempo y de modo fiable a la enfermedad, por lo que depende de las habilidades y conocimientos del *wisidatu* reconocerla antes de que el paciente pase a la fase terminal de la dolencia. Igualmente, los pacientes VIH positivos prefieren aliviar los síntomas de la enfermedad con los *wisidatu*, antes que con los médicos criollos, aduciendo que con estos su derecho a la intimidad está asegurado. Se recogieron diversos testimonios acerca de médicos criollos que hicieron pública la identidad de pacientes portadores de VIH, lo que desencadenó procesos de exclusión y marginación social sobre los mismos. Igualmente, los pacientes contagiados manifiestan que son mejor tratados por los *wisidatu*, al tiempo que denuncian malos tratos por parte de funcionarios del sistema de salud pública.

Las hierbateras o fitoterapeutas

Las fitoterapeutas no pasan por ritos de iniciación, su aprendizaje comienza desde edades tempranas, en las que las niñas salen con sus madres al bosque para ayudarles a recoger el material vegetal que las mujeres requieren para preparar las medicinas. La hora del día, situación de la planta y fragancia de la misma, es importante al momento de tomar la muestra que será utilizada en la preparación de los medicamentos. Así mismo, la parte de la planta que se utilizará en determinados tratamientos, dependerá de la parte del cuerpo que ha sido afectada por la enfermedad. Al respecto, existen metáforas en las que los Warao relacionan la estructura de una planta con la anatomía del cuerpo humano, adquiriendo las más usadas con fines médicos y económicos formas antropomórficas.

El poder curativo de las plantas aromáticas es el aporte que el bosque y los seres que lo habitan, los *daunaraos*, hijos de *daunarani*, proporcionan a los Warao como parte de la relación parental que establecen en tanto miembros –o hijos- de un mismo ecosistema. Es

precisamente por este vínculo de parentesco, que los Warao mantienen una actitud de respeto hacia su entorno, evitando agresiones y sobreexplotación de ciertos recursos animales y vegetales (Wilbert, W., 1996).

> … cuando nosotros vamos a talar, hay que pedirle permiso a él que nosotros lo vamos a tumbar para nosotros sembrar, para nosotros comer. Pedirle permiso, porque si no le pedimos permiso nosotros tenemos consecuencias, esa es la cultura nuestra, la creencia nuestra es que uno se enferma si no respeta. Por sí la naturaleza, vamos a decir, ellos, tienen vida, para nosotros ellos tienen vida… (Fernando, chamán Warao).

La teoría pneumónica de la salud implica el concepto de contagio, es decir, que las enfermedades pueden ser contagiadas, lo que involucra también la internalización de medidas epidemiológicas de prevención, por parte de la cultura tradicional. Wilbert, W. (1996; 1998) reporta que en los años 50 los Warao aplicaban medidas de prevención epidemiológica como la cuarentena. Por otra parte, sus patrones de asentamiento, caracterizados por ser pequeños y dispersos, contemplan una perspectiva de prevención sanitaria que dificulta la propagación de enfermedades infecto-contagiosas, como el sarampión y la viruela (Wilbert, 1996).

Las formas de contagio de enfermedades que contempla la medicina tradicional Warao, no conciben a la actividad sexual como una vía de transmisión. Aunque en la actualidad la mayoría de los Warao que han escuchado hablar del VIH, y en particular los jóvenes, saben que el mismo es transmitido por vía sexual, esta vía de contagio no es contemplada por los saberes tradicionales. Sin embargo, no es la primera vez que los Warao experimentan epidemias por ITS, a lo largo del siglo XX, y en parte del presente, la sífilis y la gonorrea han causado estragos entre esta población. Los indígenas no desconocen –por tanto- que el sexo es una vía de transmisión de enfermedades provenientes del mundo criollo. En cualquier caso, la mayoría de los *wisidatu* y del personal de salud indígena entrevistado, coincidieron en afirmar que la mejor manera de que la población Warao menos aculturada comprenda la forma en que el VIH opera y contagia, es a través de materiales audiovisuales que expliquen en detalle y de forma directa sus síntomas y formas de contagio. Varios especialistas médicos Warao (tanto enfermeros como chamanes) señalaron que el lenguaje tiene que ser "con autoridad", es decir, debe señalar sin eufemismos que el SIDA mata, al tiempo que debe dejar claro cuáles son las vías que permiten y las que no permiten al virus transmitirse. Es de destacar que a pesar de la gravedad de la epidemia, hasta la fecha ninguna campaña de prevención ha sido puesta en

práctica entre los Warao.

Concepciones de la salud

Como se ha señalado, la concepción de salud de los Warao gravita en torno al estado de la sangre. El cuerpo está lleno de sangre y es la calidad de la misma la que determina la fuerza física, la resistencia, la capacidad para reproducirse y la susceptibilidad que tiene un individuo a padecer enfermedades. La procreación tiene lugar como consecuencia de la unión entre la sangre femenina y la masculina, que al mezclarse forman el feto. La posibilidad de que esto ocurra se atribuye a la condición de la sangre, tanto de la madre como del padre, pues ambas deben estar en su máximo potencial para que el proceso del embarazo se lleve a cabo.

La sangre no se renueva, es la misma desde que nacemos hasta que morimos. La pérdida de la misma supone debilitamiento y hace propensa a las personas a contraer enfermedades. Por esta razón las mujeres tienen menos fuerza que los hombres, ya que regularmente pierden un poco de sangre a través del flujo menstrual. La fuerza de la sangre depende de los alimentos que se consuman, pues son éstos los que dan vitalidad a la misma. El pescado (morocoto), el *aru* (yuruma), el *oji* (fruto de la palma de moriche) y el *moo* (larva del escarabajo o gusano de moriche), forman parte de la dieta que se requiere para mantener el buen estado de salud, que es la "condición sin olor" de la persona. Esta condición se ve afectada por "olores fétidos" o "espíritus" que invaden el cuerpo y las almas del individuo cuando la sangre está debilitada por una alimentación inadecuada. La sangre roja y acuosa es considerada fuerte y relacionada con la buena salud, mientras que la negra es débil y por tanto implica enfermedad (Wilbert y Ayala Lafée-Wilbert, 2007).

Igualmente, la salud cumple un importante papel en el mantenimiento del equilibrio social y ecológico, pues su estado y cualidad se relaciona con el comportamiento de un individuo con su entorno. En consecuencia, quien comete faltas e irrespetos que afecten a sus congéneres, entre los cuales –como se ha visto- se encuentran también especies de plantas y animales, será atacado por los *jebu* y por lo tanto enfermará gravemente.

Los niños y las niñas padecen dolencias naturales (contaminación con olores fétidos que circulan por el agua o el aire), mientras que los adultos enfermedades místicas causadas

por hechizos, cuyas características y expresiones son similares a las de las enfermedades naturales. Un individuo posee cuatro almas, todas localizadas en diferentes partes del cuerpo (**Cuadro 7**). Estas almas atañen a dimensiones psicológicas, en tanto gobiernan aspectos emocionales y de la personalidad de los sujetos. En este sentido, las almas Warao pueden ser entendidas como psiques. *Abonojona* está ubicada en la cabeza y es el alma de la personalidad, *kobe* habita en el pecho y es el alma emocional, la que le otorga el carácter de fuerte o débil a la sangre. *Obonoba* reside en el abdomen bajo y es el alma potencial, relacionada con la capacidad reproductiva; por último, *mejokoji,* que reside junto a *kobe,* en el tórax, y determina la disposición general del cuerpo y de la mente (Wilbert y Ayala Lafée-Wilbert, 2007; Wilbert y Ayala, 2011).

La concepción de la salud de los Warao, sobrepasa las dimensiones biológicas de la misma, expandiéndose al ámbito emocional y psicológico. La enfermedad no sólo afecta al cuerpo, sino también a la personalidad y a la emocionalidad a través de las almas. Por lo tanto la salud es entendida como una unidad indisociable entre los aspectos físicos y psicológicos, entre el cuerpo y el alma. Quizá por ello, personal indígena de salud, con experiencia en el trato de pacientes infectados por VIH, señalan que cuando los Warao son diagnosticados portadores de VIH, experimentan un rápido proceso de deterioro físico y anímico que con premura los conduce a la fase del SIDA y a la muerte.

La enfermedad como desequilibrio psicosocial y biológico

Para los Warao el estado de salud está determinado por un componente biológico que se establece de acuerdo a lo que el individuo consume para alimentarse; otro socio-ambiental en el que influye el comportamiento de la persona frente a la sociedad en la que habita (de la cual también son parte plantas y animales), y otro psicológico que toma forma en las almas que afectan las diversas enfermedades. Como puede apreciarse en el **Cuadro 7**, dependiendo del tipo de enfermedad se verán afectadas una o más almas vinculadas a las emociones, la personalidad o la disposición del cuerpo y de la mente. Estos tres componentes (biológicos, sociales y psicológicos) convergen en el plano de lo mágico para afectar o no la salud de los individuos.

Cuadro 7. Enfermedades comunes entre los Warao y almas que afectan

Síntomas	Almas Afectadas	Síntomas	Almas Afectadas
Angina	Kobe – corazón	Fiebre con diarrea	Obojona – cabeza Obonobu - abdomen
Conjuntivitis	Mejokoji – tórax	Fiebre con dolor de cabeza y diarrea	Obojona - cabeza Obonobu - abdomen Mejokoji – tórax
Diarrea	Obonobu - abdomen	Fiebre con dolor de cabeza	Obojona - cabeza Mejokoji – tórax
Diarrea con dolor de cabeza	Obojona - cabeza; Obonobu - abdomen	Fiebre con úlceras en la piel	Obojona - cabeza Mejokoji – tórax
Diarrea con dolor de estómago	Obonobu - abdomen	Fiebre palúdica y fiebre amarilla*	Obojona - cabeza Mejokoji – tórax
Diarrea con vómito	Obonobu - abdomen	Lepra	Mejokoji – tórax
Disentería sanguinolenta	Obonobu - abdomen	Hepatitis	Obonobu - abdomen
Dolor de cabeza	Obojona - cabeza	Lepra	Mejokoji – tórax
Dolor de estómago	Obonobu - abdomen	Otitis	Obojona - cabeza
Fiebre	Obojona – cabeza Mejokoji – tórax	Tos	Kobe – corazón Obojona - cabeza
Fiebre asociada con dengue*	Obojona – cabeza Mejokoji – tórax	Tos con fiebre	Kobe – corazón Obojona – cabeza Obonobu - abdomen
Fiebre con poliomielitis*	Obojona – cabeza Mejokoji – tórax	Tosferina	Mejokoji – tórax
Fiebre con sarampión	Obojona – cabeza Mejokoji – tórax	Tuberculosis pulmonar*	Mejokoji – tórax
Fiebre con varicela *	Obojona – cabeza Mejokoji – tórax	Úlceras de la epidermis	Mejokoji – tórax
Úlceras bucales	Obojona - cabeza Mejokoji – tórax	Vómito	Obonobu – abdomen

(*) Enfermedades místicas combinadas con gas fétido.

Fuente: elaboración propia según datos Wilbert y Ayala (2011)

A diferencia de la biomedicina que se centra en los aspectos biológicos de las enfermedades para mitigar el daño que estas producen en el organismo, la medicina Warao –como se ha explicado- engloba aspectos socioambientales, biológicos, psicológicos y espirituales, asociándolos a la dinámica salud-enfermedad. Las terapias de curación Warao conjugan cantos, masajes y remedios de origen animal y vegetal, es decir, no se limitan al combate biológico de la enfermedad, sino que involucran también la relajación, el bienestar psicológico del paciente y su interacción con las entidades que dan forma y origen al mundo social y natural. La noción de enfermedad tradicional, y los medios empleados para sanarla, sobrepasan el ámbito bioquímico sobre el que actúan los medicamentos, expandiéndose al universo social y psicológico del individuo. La

enfermedad afecta el cuerpo y el estado anímico, en algunos casos como consecuencia de la contravención de normas que rigen la interacción de las personas con sus congéneres y con el medio ambiente. En consecuencia, las terapias actúan sobre el cuerpo y la psique del enfermo, renovando el equilibrio social, psicológico y físico, perdido o alterado durante la convalecencia. Por el contrario, los tratamientos curativos de los centros oficiales de salud son limitados y parciales, se centran apenas en el aspecto biológico de la dolencia, en tanto se circunscriben únicamente –en los casos raros casos en que disponen de antirretrovirales- al suministro medicamentos.

Por otra parte, en el sistema médico tradicional Warao, los métodos de sanación no son engorrosos ni complejos, como puede ser el caso del tratamiento de la tuberculosis y del VIH, dolencias comunes en la zona cuyos tratamientos implican el consumo de varios medicamentos al día de por vida. Esta particularidad podría explicar en parte la dificultad de los pacientes para adherirse a los tratamientos con antirretrovirales, pero antes de ver a las concepciones médicas tradicionales como un problema para el tratamiento del VIH/SIDA, hay que tomar en consideración que los antirretrovirales muy rara vez se encuentran disponibles en los centros de salud de la zona.

Por otra parte, la enfermedad en el mundo Warao se manifiesta como un estado transitorio de perturbación física, psicológica y social, el cual concluye con la sanación obtenida a través de terapias chamánicas, el tratamiento con medicamentos de origen natural o la muerte. Las dolencias substraen temporalmente al individuo del mundo social, impidiéndole realizar actividades cotidianas; la función de las terapias es restituirlo al estado normal que supone la vida en sociedad, sustrayéndolo de la condición atípica y no deseable de la enfermedad. Salud y enfermedad son condiciones o estados mutuamente excluyentes, una contradicción que es resuelta mediante la sanación o la muerte. Para los Warao no es posible estar sano y enfermo al mismo tiempo, tal como puede ser el caso de pacientes VIH positivos, quienes –si tienen posibilidad de adherirse sistemática y regularmente al tratamiento con antirretrovirales- pueden desarrollar una vida normal, feliz y productiva. A propósito de esto, una mujer Warao comenta:

> *katukanina yakera jati wabae arone*, o sea cómo yo voy a estar bien si estoy enferma, no puedo decir que estoy bien, ¿verdad? Si tu le dices a un Warao, no pero es que tú estás bien, pero cómo voy a estar bien si estoy enferma.

Según la concepción tradicional de salud, la sangre o el cuerpo de las personas no puede estar "enferma" y "sana" al mismo tiempo, como podría ser el caso de las personas infectadas por el VIH, quienes pueden ser portadoras del virus pero no mostrar síntomas de enfermedad, y/o mantenerla controlada con los tratamientos apropiados. Esta condición de portadores asintomáticos, permite a los pacientes VIH positivos desempeñar una vida social, familiar e individual, casi perfectamente normal, peculiaridad desconocida por las representaciones y prácticas médicas de los Warao, según las cuales una persona mientras está enferma es sustraída del mundo de los sanos hasta que cure sus afecciones, momento a partir del cual podrá integrarse de nuevo a la "normalidad" que supone el no padecimiento de dolencias., particularidad que podría jugar un papel en la comprensión de la persona con VIH en la sociedad Warao, donde los portadores del virus han sido objeto de exclusión y rechazo por temor al contagio. Sin embargo, no son las representaciones indígenas sobre la salud y la enfermedad las que distorsionan el conocimiento del funcionamiento del VIH, sino la total inexistencia de campañas informativas y de prevención en la zona.

Una epidemia, tres sistemas de salud

Además del ancestral Warao, en el municipio Antonio Díaz operan lo que podría ser entendido como otros dos sistemas de salud: la misión barrio adentro y la red nacional de ambulatorios rurales. A pesar de ser ambas instituciones públicas pertenecientes al sistema nacional de salud, presentan diferencias no sólo en la denominación y características de sus centros de atención (CDI[26] y consultorios populares, por un lado, y ambulatorios rurales tipo I y II, por otro), sino también en el número de pacientes que atienden, la dotación de equipos y medicamentos de que disponen, así como en las características, cantidad y especialización de los funcionarios adscritos a cada uno de ellos. No corresponde a este trabajo describir las diferencias y las características de cada sistema de salud, pero sí señalar que en el Municipio Antonio Díaz existen únicamente tres centros de salud atendidos por médicos residentes y con camas de observación y/o hospitalización: un CDI y dos Ambulatorios rurales tipo I. El primero es atendido fundamentalmente por personal médico cubano que habita en el centro de atención. Dispone de instalaciones en buen estado, donde se ubican salas de rehabilitación, de rayos X, hospitalización, partos, terapia intensiva, ultrasonido diagnóstico, endoscopia, ecosonograma, laboratorio, emergencia,

[26] Centro de Diagnóstico integral

medicina general, podología, ginecología y odontología, entre otros servicios. La dotación general del centro es buena en lo que respecta a personal, medicamentos, instrumental y equipo médico. Sin embargo, se notan signos de deterioro en las instalaciones, señales obvias de una manutención inadecuada, tales como goteras, acumulación de basura en la parte externa del centro, desprendimiento de baldosas del suelo, entre otros; lo que no sorprende si se toma en consideración que personal de salud denuncia que la mayor parte de los funcionarios de la gobernación del estado, adscritos a este centro de salud, rara vez asiste a sus puestos de trabajo y "cobran sin trabajar". Por otra parte, algunos servicios ofrecidos por este centro son poco demandados por la población, y hay una distribución de medicamentos en apariencia no ajustada a la morbilidad de la zona. A pesar de que trastornos como la hipertensión empiezan a aparecer como un problema de salud en la región, más en población criolla que indígena, esta manifiesta una incidencia baja, particularmente si se compara con las parasitosis que constituyen la primera causa de morbilidad en la zona y son las responsables del mayor número de muerte en niños en el estado. Aún así, los desparasitantes pueden escasear y los antihipertensivos sobrar. Por otro lado, los servicios de algunos especialistas como el podólogo, rara vez son demandados por la población local, lo que quizá pueda traducirse en un derroche de recursos materiales y humanos. Asimismo, según testimonios recabados, los especialistas cubanos interactúan poco con la comunidad, a pesar de vivir en ella, lo que causa desconfianza y recelo por parte de los habitantes del sector, que pueden prescindir de los servicios de salud de la zona por esta razón.

Por su parte, la dotación de los centros de salud de la red de ambulatorios rurales es inadecuada e insuficiente en lo que respecta a medicamentos, equipos, instrumental y personal médico. El médico adscrito al hospital de San Francisco de Guayo, por ejemplo, no ha sido visto en la comunidad en mucho tiempo, y la responsabilidad de la atención y consulta a los enfermos de la zona recaen sobre los enfermeros indígenas y estudiantes del último año de medicina que, mientras cursan el llamado "ruralito", fungen como médicos de la comunidad, a pesar de su inexperiencia, durante los escasos dos meses que dura su pasantía. El suministro de energía en este centro es defectuoso e irregular, y ha sido causa –según testimonios de trabajadores de la salud- de la muerte de algunos pacientes. Igualmente, tanto en este centro de salud como en el de Nabasanuka, se reportan varias y constantes defunciones por falta de insumos médicos, y ninguno de ellos -en todo el municipio- cuenta con antirretrovirales ni con pruebas de detección del VIH.

No obstante, lo que podría ser categorizado o entendido como dos sistemas distintos de salud pública en la zona, presentan también semejanzas, particularmente en lo que respecta a la relación entre el personal médico y la población indígena. Los trabajadores de la salud de ambos sistemas se involucran poco con la población Warao, bien por permanecer –como se ha dicho- por poco tiempo en la zona o bien por desidentificación y rechazo de la cultura autóctona. El desconocimiento e ignorancia de la cultura y la situación social de la mayoría de los usuarios de los servicios de salud, los indígenas Warao, es notoria y evidente entre los profesionales de la salud que ofrecen servicios en la zona. Por lo general, salvo notables excepciones, el personal de médico criollo –tanto venezolano como cubano- responsabiliza a los Warao de su mal estado de salud, antes de que a las pésimas condiciones sociales y a los deficientes sistemas de salud de la zona. A pesar de que prácticamente ninguna comunidad del bajo delta cuenta con sistemas de eliminación de excretas, recolección de desechos sólidos y/o agua potable, los especialistas en salud reproducen opiniones preconcebidas –más producto de prejuicios que de evidencias- que asocian las costumbres indígenas a lo insalubre.

Al igual que las representaciones que los criollos construyen sobre los aborígenes, el personal médico de los sistemas estatales de salud parece asimilar y naturalizar la pobreza al estilo de vida de los Warao, como si esta fuera intrínseca a la cultura indígena. Las condiciones que favorecen la proliferación de dolencias entre los Warao, es decir, las condiciones de pobreza extrema en que se encuentra la mayor parte de este pueblo, no son resultado de sus representaciones y prácticas socioculturales, sino de procesos de colonización que han experimentado los indígenas desde la llegada al continente de los primeros europeos, procesos que en el delta se intensificaron a partir del siglo XX. Por otra parte, en algunos casos, médicos y enfermeros criollos desconfían y compiten con la medicina tradicional, desempeñada principalmente por el *wisidatu*, lo que puede ser contraproducente ya que, como se ha dicho, la medicina tradicional Warao involucra aspectos psicológicos, emocionales y sociales que pueden complementar y hacer más eficaz y rápida la acción curativa de la biomedicina practicada desde los centros gubernamentales de salud. Tal ejercicio de complementariedad de saberes –se ha dicho antes-, es practicado con comprobada eficacia por los especialistas Warao, quienes antes de decidir qué tratamiento aplicar a sus pacientes, determinan si la afección es especialidad de algunos de los especialistas médicos tradicionales o de la medicina criolla. Conviene, en consecuencia, ofrecer cursos sobre cultura y lengua Warao al personal médico que se

disponga a trabajar en la región, con la finalidad de que puedan ofrecer un mejor trato y servicio a sus pacientes. No obstante, es necesario destacar también que los trabajadores de la salud en el municipio son muy mal remunerados, y que los suministros que reciben para su manutención y alimentación son irregulares e inconstantes, razón que puede estar incidiendo en la desmotivación y en la malnutrición de parte del personal médico de la zona, tal como ha señalado un entrevistado.

Otra semejanza entre los sistemas médicos que operan en la entidad, es que ningún centro de salud del municipio cuenta con ambulancia para el traslado de pacientes graves, a pesar de que las distancias entre los poblados, los ambulatorios y los hospitales, suelen ser largas y los trayectos accidentados y difíciles por las condiciones climáticas. En la mayoría de los casos las ambulancias están fuera de servicio por problemas mecánicos menores o por la falta de algún repuesto, sin embargo, por estar mucho tiempo detenidas, han ido presentando otras averías como consecuencia del desuso y el abandono, hasta el punto de que en la actualidad algunas se encuentran completamente inutilizables. Únicamente existe una embarcación, perteneciente a la alcaldía, para el traslado de enfermos y heridos en todo el municipio, no obstante, la misma no es suficiente para cubrir la demanda y no siempre está disponible porque es empleada para otros usos. Corresponde entonces a los propios pacientes y a sus familiares, buscar las maneras de trasladar a los pacientes a los centros de salud, muchas veces apelando a la solidaridad de quien tenga a disposición una embarcación y/o un poco combustible para hacerla andar, a sabiendas de que la gasolina es un lujo que muy pocas personas en el municipio Antonio Díaz se pueden permitir.

Situación general actual de salud.

Las aguas sobre las que han vivido los Warao durante al menos 6000 años de ocupación y adaptación a los ecosistemas deltaicos, están severamente impactadas por la industria petrolera, la minería y los desechos fecales de grandes centros poblados como Tucupita, Barrancas y La Horqueta. El impacto contaminante de la industria petrolera en la región ha deteriorado la calidad de las aguas en la zona (Freire, 2000), mermando sus recursos pesqueros. Los niveles de contaminación por mercurio, resultado de la actividad minera, son preocupantes, según demuestra una investigación coordinada la doctora Gladis Venegas (conversación personal), del laboratorio de toxicología de la Escuela de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela. Asimismo, centros urbanos de Delta Amacuro, Bolívar y Monagas, que arrojan aguas servidas y otros desechos al Orinoco, convierten los

caños de los que obtienen alimento, calman su sed y se asean los Warao, en reservorio de desechos químicos y biológicos. Para empeorar el panorama, las condiciones sanitarias en las que viven los Warao se caracterizan por la carencia de sistemas de eliminación de excretas, de desechos sólidos y de acceso a los sistemas oficiales de salud. En las comunidades Warao, predomina la precariedad, la desasistencia, la ausencia de servicios básicos y la desigualdad sanitaria. Igualmente, es norma en los asentamientos Warao la total ausencia de agua potable.

El creciente aumento y concentración de la población ha incrementado los niveles de contaminación del agua, críticos de por sí por la inexistencia de sistemas de eliminación de desechos y la creciente contaminación ambiental que genera, tanto aguas arriba como en el propio delta, la extracción de petróleo, oro, hierro y otros minerales. Con excepción de la capital del municipio, Curiapo, no existen plantas de tratamiento de aguas operativas en la región, algunas fueron parcialmente instaladas pero nunca estuvieron en funcionamiento, y actualmente se deterioran bajo la intemperie y por el abandono.

Desde la perspectiva tradicional, los Warao tienen noción del contagio de enfermedades que pueden transmitirse a través de vehículos como el agua, el aire o el fomes (Wilbert, W., 1988; 1996). Sin embargo, no son bacterias, parásitos o virus los que invaden el organismo para alterar su funcionamiento, sino elementos mágicos y espirituales. No existe, por tanto, la noción de que el agua deba ser tratada con el objeto de reducir o eliminar sus agentes infecciosos, y predomina la ausencia de métodos domésticos para su purificación, probablemente porque –en pueblos indígenas- las infecciones parasitarias aparecen o se intensifican a raíz del contacto con occidente (Zent, 1993; Perera, 2000). Tal vez esto se relacione con la alta prevalencia de enfermedades parasitarias que se reporta en comunidades Warao (Devera *et al*, 2005), y con el hecho de que la primera causa de muerte en sus niños menores de 5 años son precisamente dolencias gastrointestinales (Villalba *et al*., 2013b).

De acuerdo con el Ministerio del Poder Popular para la Salud, el estado Delta Amacuro cuenta con 155 establecimientos de salud, distribuidos en los cuatro Municipios que conforman la entidad. Sin embargo, muchos de ellos están en estado de abandono y los que permanecen operativos presentan deficiencias de personal, dotación de medicamentos y de equipos médicos. Los centros de salud en la zona no parecen ser suficientes ni estar en

capacidad de satisfacer las necesidades de la población, dado el bajo índice de sobrevivencia infantil (73,8%) y la grave epidemia de VIH que presenta la entidad, entre otros indicadores. En 97 comunidades estudiadas en el bajo delta, apenas 15 cuentan con establecimientos de salud y sólo 7 disponen de médico (Villalba *et al.*, 2013b). El deficiente equipamiento de los centros atención sanitaria, no permite brindar atención a pacientes graves, tratamientos con antirretrovirales a pacientes VIH positivo, ni detectar nuevos casos de infección por dicho virus. Para empeorar el panorama, a las comunidades de los caños únicamente se accede por vía fluvial, y la gasolina –necesaria para la supervivencia en el delta- es en extremo escasa en la región, a pesar de ser productora de petróleo, lo que complica, dificulta y, en algunos casos, hace imposible, el traslado de pacientes a la capital de estado. En los centros de distribución de combustible, los Warao deben hacer largas colas para comprar gasolina a precios oficiales. Por el contrario, es fácilmente adquirible en el mercado negro, a precios inaccesibles para la mayoría de los Warao.

El desplazamiento de una comunidad a otra puede durar 10 o más horas, e incluso días si el trayecto se realiza a canalete o remo, a lo que muchas veces se ven forzados los Warao, bien por carencia de motores fuera de borda o bien por dificultad de conseguir combustible. En algunas comunidades hay lanchas a motor, pero su uso es restringido por la escasez y por el precio del combustible. Además, a precios regulados por el Estado, la venta de gasolina es restringida a dos tambores, de 200 litros cada uno, lo que apenas es suficiente para un viaje de ida desde el bajo delta hasta Puerto Volcán[27].

El difícil acceso a comunidades localizadas en el bajo y medio Delta, tiene consecuencias en todos los aspectos de la vida cotidiana del Warao, sobre todo en el de la salud y la educación. En un estudio se determinó que 59% de las comunidades estudiadas en el bajo delta, no disponían de centros de educación básica, mientras que el 95% de las mismas carecían de educación secundaria (Villalba *et al.*, 2013b). Así mismo, Gruson (2008) reportó que si bien todas las comunidades del delta con una población mayor a 200 individuos poseen una escuela, a la que asisten también niños de comunidades vecinas, aproximadamente el 30% de ellos están excluidos de sus matrículas. Además, factores como el ausentismo, tanto de estudiantes como de docentes, debido en parte a la dificultad

[27] Principal puerto de embarque desde Tucupita hacia el bajo y medio delta.

que implican los traslados hasta los centros educativos, así como la falta de un programa escolar intercultural bilingüe y la deficiente dotación e infraestructura de los centros educativos, representan obstáculos para un adecuado proceso de aprendizaje intercultural.

El limitado acceso al combustible y la escasa oferta de servicios médicos, también influyen en la morbilidad/mortalidad del Warao, ya que, debido a la baja oferta de aquellos, sumado a la falta de médicos y la escases de recursos materiales en los ambulatorios, en caso de enfermedad los Warao tienen que recurrir a centros médicos en poblaciones criollas distantes de las comunidades de los caños, a los que en numerosas ocasiones no pueden acceder dadas las dificultades de transporte ya explicadas. Por otra parte, el proceso de colonización y aculturación, que aún en el presente sigue en curso, ha debilitado en gran medida a la medicina tradicional, que si bien en algunos casos no resulta tan efectiva como un antibiótico o un expectorante, ayuda significativamente a aliviar síntomas que imposibilitan o limitan el ejercicio del trabajo cotidiano, necesario para la subsistencia. Además, la terapia ritual como parte del sistema social, permite la incorporación del individuo enfermo al mismo, ya que, al pasar por los tratamientos chamánicos, sus congéneres le consideran curado, volviendo a formar parte del grupo y del orden sociocultural establecido, cumpliendo así la medicina tradicional una importante función de autovaloración individual y colectiva.

V. Conclusiones y recomendaciones

Como se ha argumentado, la enfermedad es producto de una economía política de la salud, en la cual las relaciones de poder establecen las condiciones materiales específicas que involucran y dan origen a las enfermedades (Zent y Freire, 2011). Las alteraciones provocadas por la estructura del sistema dominante que impacta a la cultura Warao, la hacen vulnerable desde el punto de vista biológico, nutricional, social, económico, político y cultural. Así, los altos niveles de inequidad y exclusión social a la que la población indígena está sometida, se evidencian en la alta morbilidad/mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas, en teorías superadas o controladas por la medicina occidental, tales como tuberculosis, malaria, cólera, VIH, entre otras. Estas dolencias han sido catalogadas como “enfermedades desatendidas”, debido al desinterés de las grandes farmacéuticas en producir medicamentos contra las mismas, ya que en la actualidad no representan graves

amenazas en los países céntricos. Por el contrario, estas afectan principalmente a los sectores más pobres y marginados de la población, los cuales no sólo están políticamente excluidos de las decisiones que atañen a su salud, sino que además están económicamente sometidos a condiciones que favorecen la aparición de dichas enfermedades.

Durante la epidemia de cólera que padeció el estado Delta Amacuro en la década de los noventa, Briggs y Mantini-Briggs (2002), después de hacer seguimiento a las opiniones que explicaron su aparición a nivel local, regional, nacional e internacional, identificaron mecanismos usados para naturalizar las condiciones de inequidad, pobreza y marginalidad en la población indígena, los cuales se basan en la manifestación de prejuicios culturales que justificaron y normalizaron el brote de la enfermedad entre los Warao y, más aún, les responsabilizaron de su aparición y propagación. Las percepciones que en la actualidad manifiestan la población criolla, el personal de salud y las autoridades políticas regionales, igualmente tienden a naturalizar la situación de salud en que se encuentran los Warao, en la medida en que atribuyen a las prácticas culturales de esta sociedad indígena, el desarrollo de la epidemia de VIH, sin tomar en consideración las condiciones de pobreza extrema y de exclusión social en que se encuentra la mayor parte de su población.

Hace más de 30 años organismos internacionales reconocieron que las diferencias en los indicadores de salud entre los llamados países del primer y tercer mundo son consecuencia de las condiciones de desigualdad y exclusión social que padece la mayor parte de la población mundial, reconociendo la importancia de incluir a la población local en la planificación e implementación de las políticas públicas de atención primaria en salud. Las causan que han motivado las epidemias de infecciones de transmisión sexual entre los Warao, no deben buscarse en los patrones de unión sexual de este pueblo, sino en la violencia estructural en la que está inmerso.

La problemática de salud actual en Delta Amacuro no puede ser enfrentada y resuelta únicamente desde una perspectiva biomédica ni centrada en el territorio. Consecuencia de la desestructuración de la economía tradicional, la sociedad Warao actual se encuentra dispersa en distintas locaciones geográficas, interconectadas entre sí por actividades económicas y espacios sociales marginados y de exclusión. Recolección en vertederos de basura, mendicidad, servicio doméstico, prostitución, son actividades económicas que hoy practica el pueblo Warao y que lo hacen más propenso al incumplimiento de sus derechos

y más vulnerable al desarrollo de condiciones sociales que ponen en riesgo su salud sexual y reproductiva. Simultáneamente, las poblaciones que permanecen en sus territorios ancestrales, o se han asentado en la periferia de algunas ciudades, también están excluidas de los servicios básicos y de la salud pública.

Desconocer los factores socioculturales involucrados en esta problemática de salud, no impactaría el problema de fondo, y podría redundar además en un derroche de recursos materiales y humanos. Las causas de la situación de salud que hoy padece el delta parecen ser estructurales, y apuntar al deterioro de su base productiva tradicional, por un lado, y a la exclusión sociocultural por otro.

Recomendaciones

- Implementar políticas públicas de prevención y promoción del VIH/SIDA dirigidas a las comunidades Warao, con pertinencia cultural, lingüística y con enfoque intercultural.
- Garantizar de manera sistemática y permanente a la población Warao que vive con VIH/Sida, el suministro de medicamentos antirretrovirales y el acceso a las pruebas médicas necesarias para su control.
- Implementar campañas de promoción y prevención del VIH/SIDA, así como de los derechos humanos que tienen las personas infectadas con VIH/SIDA, en la población indígenas con pertinencia cultural y lingüística.
- Por recomendación de autoridades indígenas Warao, las campañas de prevención del VIH/SIDA deben ser realizadas en forma audiovisual.
- Garantizar el servicio de salud de manera continua y sistemática a las comunidades ubicadas en zonas de difícil acceso.
- Mejorar las condiciones laborales y salariales del personal de salud de la zona.
- Formar a las y los funcionarios civiles y militares que trabajan en comunidades Warao, en materia de derechos humanos de ésta población.
- Formar a las y los funcionarios médicos en la cultura Warao especialmente en lo referente a los sistemas médicos de esta cultura.
- Dotar a las comunidades Warao de servicios básicos. Plantas de potabilización de agua, sistemas de disposición de excretas y de tratamiento de desechos sólidos son requeridos con urgencia en la zona.
- Ejercer medidas de control a la explotación minera en la zona, ya que la misma afecta directamente la situación de salud de la población Warao.
- Tomar medidas pertinentes que detengan o palien el deterioro ambiental en los territorios indígenas.
- Ampliar la oferta de centros de salud en el municipio y dotar adecuadamente a los existentes, tanto términos de personal como de equipos médicos y medicamentos.
- Las políticas de salud deben tomar en consideración que en la actualidad la Warao no es una sociedad sedentaria, sino que manifiesta un grado importante de movilidad, por lo cual las políticas de salud que se implementen deben abarcar a la población que experimenta tales fenómenos.
- El Ministerio del Poder Popular para la Salud debe implementar alianzas estratégicas con las diferentes autoridades médicas tradicionales Warao para el diseño, consulta y ejecución de todas las políticas públicas de salud para esta población.
- El Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas debe diseñar, consultar y ejecutar políticas públicas de manera coordinada con las familias migrantes y las autoridades tradicionales del pueblo Warao para atender de manera sistemática, integral y permanente a esta población.
- Implementar mecanismos que permitan un control y mejor acceso al combustible a las comunidades Warao.
- Mejorar las condiciones socioeconómicas de la población indígena en situación de pobreza extrema, poniendo en prácticas planes y proyectos que reconstruyan el sistema económico, severamente afectado por fenómenos de dominación e imposición cultural.

Anexos

Anexo I

Instrumentos de recolección de datos

Instrumento Nº 01

Guía de observación etnografía y pautas para entrevistas no estructuradas. Información Comunitaria. Informantes clave: personal docente y de salud, autoridades políticas, religiosa, líderes locales, funcionarios públicos

1. **Identificación de la comunidad**
   - **1.1.** Vías y formas de acceso
   - **1.2.** Descripción general física y sociocultural
     - 1.2.1. Composición demográfica (habitantes, población indígena, población criolla, composición etaria y por género)
     - 1.2.2. Tipos y características de las Vivienda y Patrones de asentamiento
     - 1.2.3. Servicios públicos (Agua, Electricidad, disposición de excretas y de desechos sólidos, transporte y comunicación**)**
     - 1.2.4. Infraestructura (áreas de esparcimiento y recreación, centros comunitarios, comercios, centros religiosos, etc.)
     - 1.2.5. Principales actividades económicas y/o de subsistencia)
     - 1.2.6. Organización política (Consejos comunales, formas de liderazgo tradicional, etc.)
     - 1.2.7. Sistema religioso (iglesias o centros de culto, liderazgos religiosos, creencias, mitologías y cosmovisiones)
2. **Sistema de Salud**
   - **2.1.** Centros de salud: características (Ambulatorio Rural, Módulo de Barrio Adentro, dotación, personal, limitaciones, formas y metodologías de funcionamiento).
   - **2.2.** De no haberlo: ¿Dónde y cómo acceden a los servicios de salud los miembros de la comunidad?
   - **2.3.** Registro de enfermedades más comunes
   - **2.4.** ¿Existen registro de personas VIH positivas y/o que padecen ITS?
   - **2.5.** ¿Existen programas de Atención para pacientes VIH positivos y/o con ITS? ¿Qué tipo de control se práctica en pacientes VIH positivos y con ITS?
   - **2.6.** Perfil de los pacientes con VIH y ITS
   - **2.7.** ¿Hay programas de vacunación? ¿Cómo funcionan?
   - **2.8.** Presencia de misiones y políticas públicas en materia de salud.
   - **2.9.** Presencia y características del sistema de salud tradicional: responsables (hierbateras, *wisidatu*s, *bahanaratus*, *hoaratus*, etc.), enfermedades más comunes, formas en que los pacientes acceden a los servicios tradicionales de salud.
   - **2.10.** Formas de diagnóstico y tratamiento de VIH y ITS
   - **2.11.** Control de pacientes con VIH y ITS
   - **2.12.** Perfil de los pacientes con VIH y ITS
3. **Sistema educativo**

   3.1 Cantidad y tipos de centros educativos

   3.2 Características de la infraestructura.

   3.3 ¿Existen programas de Educación intercultural bilingüe?

   3.3 ¿Existen programas de prevención del embarazo precoz y ITS?

   3.5 Beneficios o ayudas gubernamentales. Misiones educativas: Misión Ribas, Misión Sucre, Misión Robinson, Misión Canaima, PAE, etc.

Instrumento Nº 02

Guía de observación etnografía y pautas para entrevistas no estructuradas. Patrones de unión sexual, criterios de salud sexual y reproductiva. Informantes clave: hombres, mujeres, adolescentes Warao y/o población criolla que habita en asentamientos Warao.

1.1. Identificación

1.1.1.Nombre (seudónimo según sea el caso)

1.1.2.Sexo y edad

1.1.3.Ocupación

1.1.4.Personas y parentescos de quienes habitan en su vivienda

1.2. Etapas de desarrollo del individuo.

Grupos etarios y Diferenciación de género considerados por la comunidad mediante las cuales registran el crecimiento de los individuos. Indicar si se manifiesta un trato diferencial según la edad y el género en el tiempo de desarrollo; de igual forma cómo es percibido y representado el paso de una etapa a otra (infancia, adultez, etc.), qué términos emplean para denominarlas, qué condiciones diferencian los grupos etarios y de género. Ritos de paso, eventos biológicos y sociales, entre otros.

1.2.1.Infancia

1.2.1.1 Qué entienden por infancia, qué implica ser niño/a

1.2.1.2 Ritos de iniciación

1.2.1.3 Cuidados y atenciones

1.2.1.4 Indumentaria y/o adornos corporales

1.2.1.5 Interacción adultos cercanos o lejanos

1.2.1.6 Modelos de comportamiento

1.2.1.7 Labores y Actividades asociadas (tradicionales y de influencia criolla)

1.2.1.7.1.1 sociales

1.2.1.7.1.2 religiosas

1.2.1.7.1.3 políticas

1.2.1.7.1.4 económicas

1.2.1.7.1.5 otras

1.3 Lo lúdico

1.3.1 Tipos de juego

Describir juegos (tradicionales y no tradicionales) con y sin diferenciación de roles entre niños y niñas.

1.3.2 Actores involucrados en el juego.

Identificar participantes, espectadores, supervisores, etc. de los juegos: edades, género, parentesco, vecindad o procedencia (de la misma unidad doméstica o no, de la propia comunidad, de otras comunidades).

1.3.3 Roles de los actores involucrados en el juego.

Diferencias en el rol y las funciones que cada uno de los géneros desempeña en los distintos juegos (si las hay) y su relación con la distribución etaria, el parentesco, la procedencia (de la propia comunidad, de otras comunidades), etc. de los participantes.

1.3.4 Juguetes.

Tipos de juguetes, diferenciación por género y edad de sus usuarios. ¿Quiénes los usan? ¿Cuándo los usan? ¿Dónde los usan? ¿Quién los construye o adquiere?

1.3.5 Espacios de juego

1.3.5.1 Lugares de juego. Diferenciación por género y edad (vivienda, río, escuela, espacios comunitarios, etc.).

1.3.5.2 Descripción de los espacios de juego dentro y fuera de la vivienda por género y edad.

1.3.5.3 Distancia y ubicación de los espacios de juego con respecto a la vivienda.

1.3.6 Adolescencia (describir ámbitos socioculturales dónde es reconocida su existencia y dónde no lo es)

1.3.6.1 Qué entienden por adolescente ¿existe la categoría? ¿qué implica ser adolescente?

1.3.6.2 Ritos de iniciación

1.3.6.3 Cuidados y atenciones

1.3.6.4 Indumentaria y/o adornos corporales

1.3.6.5 Papel de los adultos (parientes y no parientes)

1.3.6.6 Modelos de comportamiento

1.3.6.7 Labores y Actividades asociadas (tradicionales y de influencia criolla)

1.3.6.7.1.1 sociales

1.3.6.7.1.2 religiosas

1.3.6.7.1.3 políticas

1.3.6.7.1.4 económicas

1.3.6.7.1.5 otras

1.3.6.8 Expectativas personales, familiares y comunitarias

1.3.7 Adultez

1.3.7.1 Qué entienden por adultez, qué implica ser adulto

1.3.7.2 Manifestaciones biológicas o físicas y emocionales (determinantes)

1.3.7.3 Ritos de iniciación

1.3.7.4 Cuidados y atenciones

1.3.7.5 Indumentaria y/o adornos corporales

1.3.7.6 Papel de los adultos parientes o no

1.3.7.7 Modelos de comportamiento

1.3.7.8 Labores y Actividades asociadas (tradicionales y de influencia criolla)

1.3.7.8.1.1 sociales

1.3.7.8.1.2 religiosas

1.3.7.8.1.3 políticas

1.3.7.8.1.4 económicas

1.3.7.8.1.5 otras

1.3.7.9 Expectativas personales, familiares y comunitarias en torno a la edad adulta

1.3.8 Vejez

1.3.8.1 Manifestaciones biológicas o físicas y emocionales (determinantes)

1.3.8.2 Ritos de iniciación

1.3.8.3 Cuidados y atenciones

1.3.8.4 Indumentaria y/o adornos corporales

1.3.8.5 Modelos de comportamiento

1.3.8.6 Labores y Actividades asociadas (tradicionales y de influencia criolla)

1.3.8.6.1.1 sociales

1.3.8.6.1.2 religiosas

1.3.8.6.1.3 políticas

1.3.8.6.1.4 económicas

1.3.8.6.1.5 otras

1.3.8.7 Expectativas personales, familiares y comunitarias

1.3.9 Diferencias intergeneracionales en las prácticas sexuales

1.4 Construcción sociocultural de género

1.4.1 Preferencia por la incorporación de hijos o hijas al grupo familiar; significado social del hombre y la mujer.
1.4.2 Diferencias intergeneracionales en las prácticas sexuales
1.4.3 La tida-wida (tercer género Warao)
1.4.3.1 ¿Quiénes son los tida-winas?
1.4.3.2 ¿Cómo "nace" una tida-wida?
1.4.3.3 Funciones y valoración en el pasado y en la actualidad
1.4.3.4 Figuras involucradas en la orientación y educación sexual de la tida-wina (aidamo, wisidatu, janoko arotu, tekoro, etc.)
1.4.3.5 Ritual de paso de niño a tida-wina
1.4.3.6 Iniciación sexual
1.4.3.7 Representaciones socioculturales en torno a la homosexualidad.
1.4.3.8 ¿En qué actividades sociales y económicas participan los tida-winas?
1.4.3.9 Percepción de los habitantes de las comunidades acerca de los Tida-winas.
1.4.3.10 ¿Quiénes son parejas de los Tida-winas?

1.5 Sexualidad y Salud Reproductiva
1.5.1 Sexualidad

Patrones de uniones sexuales. El matrimonio u otras instituciones culturales, sociales y políticas que determinan dichas uniones. Mitologías asociadas, concepción de la homosexualidad.

1.5.1.1 Actividad sexual
1.5.1.1.1 Concepción de la sexualidad (prácticas, tipos, homosexualidad, heterosexualidad, etc.)
1.5.1.1.2 Iniciación sexual (edad, género, personas involucradas, prácticas, lugares, rituales, mitología)
1.5.1.1.3 Frecuencia
1.5.1.1.4 Prácticas comunes (por edad y género)
1.5.1.1.5 Figuras involucradas en la orientación y educación sexual (aidamo, wisidatu, janoko arotu, tekoro, maestros, personal de salud, etc.)
1.5.1.1.6 Dónde se práctica sexo
1.5.1.1.7 Diferencias intergeneracionales en las prácticas sexuales
1.5.1.2 Tabúes sexuales
1.5.1.2.1 Corporales
1.5.1.2.1.1 Concepciones de pudor y desnudez
1.5.1.2.1.2 Edad en que aparecen
1.5.1.2.1.3 Concepciones por género.
1.5.1.2.2 Influencia de la moral y religión criolla en la concepción del cuerpo, el pudor y la desnudez
1.5.1.2.3 Restricciones y concepciones acerca de las Desviaciones
1.5.1.2.3.1 Tipos (descripción)
1.5.1.2.3.2 Edad en que aparecen
1.5.1.2.3.3 Concepciones por género.
1.5.1.3 Alianzas matrimoniales (incluyendo uniones inter-étnicas con criollos u otros grupos)
1.5.1.3.1 Patrones de residencia pre y post conyugal.
1.5.1.3.2 Edades consideradas aptas para la unión conyugal.
1.5.1.3.3 Pautas matrimoniales (exogamia, endogamia).
1.5.1.3.4 Uniones extraconyugales
1.5.1.3.5 Poliginia y poliandría
1.5.1.3.6 Valoración de las relaciones sexuales fuera del matrimonio (homosexuales y heterosexuales)

1.5.2 Salud Reproductiva
1.5.2.1 Imaginario y concepción en torno a la Salud y la enfermedad (Cosmovisión): ¿qué se entiende por estar sano y/o enfermo?

1.5.2.1.1.1 Tipos de enfermedades

1.5.2.2 ¿Los enfermos pueden llevar una vida normal o parecida a la de las personas sanas?

1.5.2.3 ¿Por medio de la medicina tradicional y/o criolla es posible que un enfermo se incorpore a la vida social y económica con normalidad?

1.5.2.4 Enfermedades más comunes identificadas (tipo –criollo o tradicional-, origen, síntomas, formas de contagio, tratamiento, rituales, remedios, técnicas, instituciones curativas)

1.5.2.4.1 Instituciones de salud tradicionales

1.5.2.4.1.1 Responsables y representantes

1.5.2.4.1.2 Formas de curación (tratamientos)

1.5.2.4.1.3 Acceso de la comunidad a las formas de curación

1.5.2.4.1.4 Valoración de su eficacia

1.5.2.4.1.5 Instituciones de salud criollas

1.5.2.4.1.6 Tipo de enfermedades

1.5.2.4.1.7 Formas de curación (tratamientos)

1.5.2.4.1.8 Servicios y Programas gubernamentales

1.5.2.4.1.9 Servicios y Programas privados

1.5.2.4.1.10 Acceso de la comunidad a estos servicios

1.5.2.4.1.11 Valoración de su eficacia

1.5.2.5 Embarazo

1.5.2.5.1 Concepción e imaginarios sobre el embarazo (desde el hombre y la mujer)

1.5.2.5.2 Prácticas y personajes involucrados (partera, esposo, wisidatu, etc.)

1.5.2.5.3 Estimación social y personal de la cantidad ideal de hijos que una pareja debe tener.

1.5.2.5.4 Control de natalidad (métodos tradicionales y no tradicionales).

1.5.2.5.5 Figuras involucradas en la planificación y control de la natalidad (wisidatu, aidamo, janoko arotu, tekoro, maestros, personal de salud, etc.)

1.5.2.5.6 Concepción y Práctica del aborto (imaginarios y representaciones desde el hombre y la mujer, actores involucrados)

1.5.2.6 VIH

1.5.2.6.1 Concepción criolla

1.5.2.6.1.1 Tratamientos y curación de la enfermedad

1.5.2.6.1.2 Registros

1.5.2.6.1.3 Programas de atención especializados al enfermo y de antirretrovirales

1.5.2.6.2 Concepción Tradicional

1.5.2.6.2.1 Imaginarios y Concepción de la enfermedad y del enfermo (relatos y mitos)

1.5.2.6.2.2 Formas de Contagio

1.5.2.6.2.3 Tratamientos y curación de la enfermedad

1.5.2.6.2.4 Otras enfermedades de transmisión sexual

Anexo II

Acta de consentimiento informado (mayores de edad)

Yo _____, miembro de la comunidad_____ del Pueblo Warao, acepto participar voluntariamente en la investigación "Patrones culturales vigentes del pueblo Warao en materia de salud sexual y reproductiva, desde la perspectiva de los derechos humanos de los pueblos indígenas, para el desarrollo de políticas de promoción y prevención del VIH/Sida, ITS y embarazo en adolescentes", coordinada por el antropólogo Luis Gottopo y dirigida por la Defensoría del Pueblo y UNICEF.

Reconociendo que previamente:

- Se expuso en qué consiste el proyecto, sus objetivos, qué se va a investigar, quiénes participan del mismo, de qué manera, que actividades implica, duración, procedimientos.
- Señalaron que la investigación implica permanencia durante un lapso de tiempo predeterminado del equipo de investigadores en la comunidad, para realizar trabajo de campo etnográfico, donde se conversará e indagará mediante entrevistas con miembros de la comunidad sobre la salud sexual y reproductiva de los Warao, en especial sobre el VIH/Sida, las ITS y el embarazo precoz.
- Se aclaró que no se realizará ningún pago o beneficio a ninguna persona o institución de la comunidad por participar en la investigación.
- Los investigadores se comprometen a no perturbar la rutina de la gente de la comunidad ni molestar en las casas, ni hacer preguntas que no tengan que ver con la investigación, ni tomar fotos o grabaciones, sin los permisos de la comunidad o de las familias.
- Se aclaró que la investigación busca comprender mejor quiénes son y cómo es el estilo de vida de actual de los *Warao*, sus tradiciones y costumbres, con la finalidad de proporcionar insumos que sirvan para crear políticas públicas contra infecciones de transmisión sexual y embarazo adolescente.
- Los responsables del proyecto respondieron todas las preguntas que le hicieron los representantes de la comunidad a visitar, sobre todo relativas al estudio. Se comprometen a seguir respondiendo todas las preguntas que se les hagan, mientras dure la investigación en la comunidad o fuera de ella.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal.

Si durante la investigación usted tiene algún comentario, crítica, sugerencia, preocupación o preguntas sobre sus derechos como representante o de los derechos del niño/niña (representado -a-) al participar en el estudio, puede ponerse en contacto con una de las responsables del proyecto, Candy Bejarano, a través de los números telefónicos: 0416-630-2010, 0416-214-85-37 y (0212) 505-3110, e-mail: candybejarano@yahoo.com o dirigirse personalmente a La Defensoría del Pueblo, ubicada en la Av. Urdaneta, Edif. Centro Financiero Latino, Piso 26, Caracas, en horario de Lunes a Viernes de 08:00 am a 05:00 pm.

_____	_____
Nombre Participante	Nombre Investigador
_____	_____
Firma	Firma
C.I.:	C.I.:
Fecha: …….	Fecha: ……

Solicitud de consentimiento informado (representantes de niños/niñas)

Estimado(a) sr(a):_____, representante del niño/niña:_____.

Sirva la presente para solicitarle su autorización a fin de que su representado (a) participe en el proyecto titulado: "Patrones culturales vigentes del pueblo Warao en materia de salud sexual y reproductiva, desde la perspectiva de los derechos humanos de los pueblos indígenas, para el desarrollo de políticas de promoción y prevención del VIH/Sida, ITS y embarazo en adolescentes". El cual es desarrollado por la

Defensoría del Pueblo y la UNICEF, bajo la coordinación del Antropólogo Luis Gottopo, con la participación de los investigadores Paola Díaz y Danny Palmero.

Dicho proyecto tiene el propósito de generar una serie de recomendaciones, lo más asertivas posible, en materia de salud sexual y reproductiva, específicamente en torno a la prevención, control y manejo del VIH/Sida, ITS (enfermedades de transmisión sexual) y embarazo precoz, que beneficien al pueblo Warao.

La información obtenida en la investigación, ya sea mediante entrevistas, fotografías y/o grabaciones de voz o audiovisuales realizadas a su representado (a), será totalmente confidencial y anónima, y será resguardada por los investigadores antes mencionados.

Usted puede negarse a esta solicitud o inclusive suspenderla total o parcialmente en cualquier momento del estudio sin que deba dar explicaciones para ello.

La participación de su representado (a) en la investigación no implica, en absoluto, ningún compromiso económico o de pago de ninguna de las partes involucradas.

Los resultados del estudio serán utilizados únicamente por la Defensoría del Pueblo y por UNICEF, como insumo para elaborar planes de prevención del VIH/SIDA.

Una vez finalizada la investigación, usted, en calidad del representante del niño/niña participante, tendrá derecho a conocer los resultados de la misma.

Si durante la investigación usted tiene algún comentario, crítica, sugerencia, preocupación o preguntas sobre sus derechos como representante o de los derechos del niño/niña (representado -a-) al participar en el estudio, puede ponerse en contacto con una de las responsables del proyecto, Candy Bejarano, a través de los números telefónicos: 0416-630-2010, 0416-214-85-37 y (0212) 505-3110, e-mail: candybejarano@yahoo.com o dirigirse personalmente a La Defensoría del Pueblo, ubicada en la Av. Urdaneta, Edif. Centro Financiero Latino, Piso 26, Los Anaucos, Caracas, en horario de Lunes a Viernes de 08:00 am a 05:00 pm.

Agradeciendo de antemano toda su colaboración, y esperando contar con su apoyo, le saluda cordialmente.

_____	_____
Nombre Representante	Nombre Investigador
_____	_____
Firma	Firma
C.I.:	C.I.:
Fecha: …….	Fecha: ……

Bibliografía

Amodio, E. (2005). *Pautas de crianza entre los pueblos indígenas de Venezuela. Jivi, Piaroa, Ye Kuana, Añù, Wayu y Warao*. UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Caracas.

Allard, O. (2013). "Pueblos Indígenas e Identidades de Género: el dualismo sexual sometido a discusión". *Sexología y Sociedad*, 19(1): 64-73.

Ayala Lafée, C. y Wilbert, W. (2001). *Hijas de la luna: enculturación femenina entre los Warao*. Fundación La Salle de Ciencias Naturales, Caracas.

Ayala Lafée, C. y Wilbert, W. (2008). *La mujer Warao de recolectora deltana a recolectora urbana*. Fundación La Salle de Ciencias Naturales, Caracas.

Briggs, C.L. (2008). *Poéticas de vida en espacios de muerte. Género, poder y estado en la cotidianeidad Warao*. Abya – Yala, Quito.

Briggs, Ch. y Mantini-Briggs C. (2002). *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling during a Medical Nightmare*. University of California Press, Los Angeles, California.

Cerri, C. (2010). "La importancia de la metodología etnográfica para la investigación antropológica. El caso de las relaciones de valores en un espacio asociativo juvenil. ". *Perifèria, Revista de Recerca i Formació en Antropologia*, N.13, diciembre 2010.

Devera, R., Finali, M., Franceschi, G., Gil, S., y Quintero, O. (2005). "Elevada prevalencia de parasitosis intestinales en indígenas del estado Delta Amacuro, Venezuela". *Revista Biomédica*. 16: 289-291.

Fabre, A. (2008). Diccionario etnolingüístico y guía bibliográfica de los pueblos indígenas sudamericanos: Warao. Disponible en: http://www.ling.fi/Entradas%20diccionario/Dic=Warao.pdf. Consultado el 28 de mayo de 2014.

Freire, G. (2007). "Prólogo". En: *Salud indígena en Venezuela.* Vol. II. (Freire, G. y Tillet, A., eds.): 7-11. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas.

Freire, G. (2011). *Perspectivas en Salud Indígena: Cosmovisión, Enfermedad y Políticas Públicas.* Ediciones Abya Yala, Quito.

Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad: El uso de los placeres (Vol. 2)*. Siglo XXI., México.

García-Castro, A. (2000). "Mendicidad indígena: Los Warao urbanos". *Boletín Antropológico,* 48: 79-90.

García-Castro, A. y Heinen, H. D. (1999). "Planificando el desastre ecológico: Impacto del cierre del caño Mánamo para las comunidades indígenas y criollas del Delta del Occidental (Delta del Orinoco, Venezuela)". *Antropológica*, 91: 31-56.

García-Castro, A., y Heinen, D. (2000). "Las cuatro culturas Warao". *Tierra Firme*, 71: 1-12.

Gassón, R. y Heinen, D. (2012). "¿Existe un Warao Genérico? Cuestiones Clave en la Etnografía y la Ecología Histórica del Delta del Orinoco y el Territorio Warao-Lokono-Paragoto". *Tipití: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 10(1): 37-64.

Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona.

Gómez-Beloz, A. y Rivero, T. (2006). "Ure (*Colocasia esculenta-Araceae*): An Edible Aroid of the Warao". *Ethnobotany Research & Applications* 4:103-112

González, V. (2011). "Los bosques del Delta del Orinoco". *BioLlania*, 10: 197-240.

Gottopo, Gottberg y Olivares. (2015). Las Migraciones Warao Contemporáneas y su

Posible Relación con la Propagación del VIH. Documento sin publicar, FUNDACREDESA, Caracas.
Gruson, A. (2008). *Condiciones de Vida de los Warao de Delta Amacuro*. Fundación La Salle de Ciencias Naturales- CESAP. Caracas. Disponible en: http://www.cisor.org.ve/detalle_doc.asp?ID429. Acceso 17 Nov. 2014.
Heinen, D (1980). *Aportes para una etnografía Warao*. Ediciones IVIC, Caracas
Heinen, D. (1982). "Estructura social y mecanismo de desintegración en la sociedad Warao". *Acta Científica Venezolana*, 33: 419-423.
Heinen, D. (1992). "The early colonization of the Lower Orinoco and its impact on present day indigenous peoples". *Antropológica*, 78: 51-86.
Heinen, D. (1997). "Paternal uncertainty and ritual kinship among the Warao of the Orinoco Delta". 49 Congreso Internacional del Americanistas (ICA), Quito.
Heinen, D. (2011). "Los Warao". En: *Los Aborígenes de Venezuela* (2da Edición). (Perera, M. A. ed.): 967-1157. Fundación la Salle, Caracas.
Heinen, D. y García Castro, A. (2000). "The Multiethnic Network of the Lower Orinoco in Early Colonial Times". *Ethnohistory*, 47(3 – 4): 561-579.
Heinen, D. y García-Castro, A. (2013). "Arquitectura venezolana y heterogeneidad Warao. Una aclaración necesaria". *Boletín Antropológico*, 31 (85): 7-34.
Heinen, D. y Gassón R. (2006). "El verdadero Delta indígena: elementos para una ecología histórica del Delta del Orinoco". *Copérnico*, 3(5): 61-66.
Heinen, D. y Gassón, R. (2008). *Forasteros en sus propias tierras: testimonio de los amerindios Warao*. Ediciones I.V.I.C., Caracas.
Heinen, D. y Henley, P. (1998) "History, Kinship and Ideology of Hierarchy among the Warao of the central Orinoco Delta". *Antropológica* 89: 25-78.
Heinen, D., Lizarralde, R. y Gómez, T. (1996). "El abandono de un ecosistema: el caso de los Morichales del Delta del Orinoco". *Antropológica*, 81: 3-36.
Heinen, D., Salas, G. y Layrisse, M. (1977). "Migración y distancia cultural entre cinco subtribus del Delta del Orinoco, T.F. Delta Amacuro". *Antropológica*, 46-48: 3-44.
INE (Instituto Nacional de Estadística). (2011). La población indígena de Venezuela. Censo 2011.
Lasso, C. A., Alonso, L. E., Flores, A. L. y Love, G. (2004). "Evaluación rápida de la biodiversidad y aspectos sociales de los ecosistemas acuáticos del Delta del Río Orinoco y Golfo de Paria, Venezuela". *Boletín RAP de Evaluación Biológica* 37. Conservation International, Washington DC, USA.
Monsonyi, E. E. (1984). "La sexualidad indígena vista a través de dos culturas: Warao y Guajibos". *Boletín Americanista*, 34: 179-191.
Moreno Turrado, A. (1945). *Etnografía de los indios Guaraunos*. Lit. y Tip. Vargas, Caracas.
Perera, M.A. (2000). *Oro y Hambre. Antropología Histórica y Ecología Cultural de un malentendido. Guayana siglo XVI. 1498-1597*. Ediciones FACES/CDCH, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
Perera, M.A. (2006). *El Orinoco domeñado: frontera y límite: Guayana siglo XVIII: ecología cultural y antropología histórica de una colonización breve e inconclusa, 1704-1817*. Ediciones CDCH, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
Rabinow, P. (1992). *Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos*. Edt. Júcar, Madrid.
Rangel, H. R., Maes, M., Villalba, J., Sulbarán, Y., de Waard, J. H., Bello, G. and Pujol, F. (2012). "Evidence of at Least Two Introductions of HIV-1 in the Amerindian Warao Population from Venezuela". *PLoS ONE*, 7: 1-7.

Turrado Moreno, M. (1945). *Etnografía de los indios Guaraúnos*. Litografía Vargas, Caracas.

Vaquero Rojo, A. (2000ª). *Los Warao y la cultura del moriche: identificación etnohistórica y elementos culturales*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.

Vaquero Rojo, A. (2000b). *Manifestaciones religiosas de los Warao y mitología fundante*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.

Villalba, J. A., Bello, G., Maes, M., Sulbarán, Y. F., Garzaro, D., Loureiro, C. L., Rangel, HR., de Waard., JH., Pujol, FH. (2013a). "HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns". AIDS, 27(11): 1783-1791.

Villalba, J., Liu, Y., Álvarez, M., Calderón, L., Canache, M., Cárdenas, G., Del Nogal, B., Takiff, H., De Waard, J. (2013b). "Low Child Survival Index in a Multi-Dimensionally Poor Amerindian Population in Venezuela". *Plos One*, 8(12):1-13.

Wilbert, J. (1975). "Eschatology in a Participatory Universe: Destinies of the Soul among the Warao Indians of Venezuela". En: *Death and the Afterlife in Pre-Columbian America* (Benson, E.P. ed): 163-189. Dumbarton Oaks Research Library and Collections, Washington, D. C

Wilbert, J. (1979). "Geography and Telluric Lore of the Orinoco Delta". *Journal of Latin American Lore* 5(1): 129-150.

Wilbert, J. (1981). "Warao Cosmology and Yekuana Roundhouse Symbolism". *Journal of Latin American Lore* 7(1):37-72.

Wilbert, J. (1987). *Tobacco and Shamanism in South America*. Yale University Press, New Haven.

Wilbert, J. (2004) "The order of the dark Shamans". En: *Darkness and secrecy: the anthropology of sorcery and witchcraft* (Whitehead, N and Bright, R eds): 20- 49. Duke University Press.

Wilbert, W. (1988). *La Medicina Herbal Warao: una teoría pneumica de la Enfermedad y Terapia*. Fundación La Salle de Ciencias Naturales. Caracas, Venezuela.

Wilbert, W. (1996). *Fitoterapia Warao*. Fundación La Salle de Ciencias Naturales, Caracas.

Wilbert, W. (1998). "Epidemiology, Phytotherapy, and Pneumatic Chemistry: Warao Health-Care in Culture-Historical Context". *Antropológica* 89: 79-96.

Wilbert, W. y Ayala Lafeé-Wilbert, C. (2007). "Los Warao". (Vol. II). En: *Salud indígena Venezuela II*. (Freire, G. y Tillet, A. coords.): 331-396. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas.

Wilbert, W. y Ayala-Lafée, C. (2011). ¨Fitoterapia Warao¨ En: *Perspectivas en Salud Indígena* (Freire, G ed): 307-324. Ediciones Abya Yala, Quito.

Zent, S y Freire, G. (2011). ¨La Economía Política de la Salud: La enfermedad y la Cura entre los Piaroa¨ En: *Perspectivas en Salud Indígena* (Freire, G ed): 327-383. Ediciones Abya Yala, Quito.

Zent, S. (1993). "Donde no hay médico: las consecuencias culturales y demográficas de la distribución desigual de los servicios médicos modernos entre los Piaroa". *Antropológica*, 79:41-84.

Glosario de términos

Aidamo: Hombre de edad madura, cabeza de familia, que constituye la máxima autoridad política entre los Warao. Entre sus funciones está la de organizar equipos de trabajo conformados por sus hijos solteros y yernos para asegurar la manutención de los miembros de su familia extendida, así como la representación política de su comunidad.

Antirretroviral: Medicamentos específicos para el tratamiento de infecciones por retrovirus, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Diferentes antirretrovirales se utilizan en varias etapas del ciclo vital del VIH. El conjunto de varias combinaciones de tres o cuatro fármacos se conoce como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

Bajanarotu; Chamán especialista en la extracción de *bajanas* del cuerpo de sus pacientes. Las *bajanas* son objetos mágicos patógenos que son introducidos en el cuerpo de una persona con el objeto de perjudicarla. El *bajanarotu*, puede extraer dichos objetos de los cuerpos enfermos, pero también introducirlos, siendo capaz por tanto de causar enfermedades y la muerte de sus víctimas. Es considerado un chamán malévolo por su poder de enfermar a personas sanas.

CDI: Centro de Diagnostico Integral. Centro de salud de la misión Barrio Adentro equipado con personal médico residente, salas de rehabilitación, rayos X, hospitalización, partos, terapia intensiva, ultrasonido diagnóstico, endoscopia, ecosonograma, laboratorio, emergencia, medicina general, podología, ginecología y odontología, entre otros servicios.

Clado*:* Ramificaciones de un árbol filogenético que empieza con un antepasado común, a partir del cual derivan sus descendientes.

Currucay (*Copaifera officinalis*): Árbol originario de las cuencas del Amazonas y del Orinoco, cuya resina contiene propiedades antisépticas y antiinflamatorias. Se ha comprobado su eficiencia en el tratamiento de enfermedades venéreas y bronquitis.

Domuarani: Figura chamánica femenina, aparentemente extinta, que cumplía funciones asociadas con la especialidad gineco-obstetra en la sociedad Warao tradicional

Gusano de moriche: Nombre dado a las larvas de varias especies de coleópteros (*Rhynchophorus palmarum, Rhinostomus barbirostri y Metamasius hemipterus sericeus)* que anidan en los troncos muertos de la palma de moriche (*Mauritia Flexulosa*) y que constituyen una fuente de proteínas muy apreciada, por su delicado sabor, por los indígenas Warao. La explotación de estos insectos, constituye una forma de domesticación, ya que los Warao crean condiciones controladas y favorables para el desarrollo de las larvas.

Haburi: el primer antepasado de los Warao y demiurgo de su cultura. Siendo apenas un niño una serie de vicisitudes le conduce a realizar un viaje a través de los actuales territorios Warao, periplo en el cual descubre distintos pueblos y aprende las artes necesarias para la supervivencia en el delta del Orinoco, tales como la navegación, la construcción de curiaras y canaletes, la explotación de la palma de moriche, entre otros.

Jebu*:* Entidad sobrenatural, demonio o espíritu, responsable del padecimiento de enfermedades entre los Warao.

Janoko: Vivienda palafítica típica de los Warao que se caracteriza por carecer de paredes.

Janoko arotu: Literalmente, en lengua Warao, "dueña de la casa". Con este apelativo es denominada la primera esposa, esposa principal o única esposa de los hombres Warao.

Jotarao: Con este término los Warao identifican a toda persona que no pertenezca al pueblo Warao.

Jaorotu*:* Una de las varias especialidades chamánicas presentes entre los Warao, asociada a la oscuridad y muy temida por su capacidad de generar enfermedades y percances físico y psicológicos. Al *joarotu* se le conoce como "el dueño de la *joa"* o hechizos que son introducidos en el cuerpo de las personas por los *jaorotu*, con el objeto de causarles enfermedades, dolores, la muerte o comportamientos socialmente reprochables.

Monikata*:* En lengua Warao literalmente "problema". Tribunal comunitario, compuesto por cabezas de familia, que imponía castigos y penalidades a los infractores de normas sociales.

Morocoto: *Piaractus brachypomus*. Especie de pez característico de los ríos amazónicos, muy apreciado por los indígenas Warao.

Naja Namu: Celebración religiosa en la que se ofrecen ofrendas de yuruma a los *jebus* para evitar que estos traigan enfermedades a las comunidades Warao.

Najoro witu: En idioma Warao comida auténtica. Nombre dado a la gastronomía tradicional Warao y/o a una alimentación saludable.

Tida-wina: literalmente podría traducirse como "mujer tabaco" o "mujer con pene". Figura transgénero o tercer género entre los Warao, constituido por individuos biológicamente de sexo masculino, pero social e individualmente representados y autopercibidos como mujeres.

Vector biológico: Organismos vivos que transmiten elementos patógenos, causantes de enfermedades, de una persona infectada a otra.

VIH: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus que desarrolla el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirido (SIDA). El VIH daña las células del sistema inmunológico. Con el paso del tiempo y en la medida en que el virus destruye estas células importantes, el sistema inmunológico va teniendo menos capacidad de proteger al cuerpo de enfermedades. El VIH no destruye las células rápidamente, y es posible que las personas infectadas con él no tengan síntomas por muchos años.

Wisidatu: Representante máximo de la religiosidad y de las terapias curativas de los Warao. Especie de médico sacerdote que vela por el buen estado espiritual y de salud de su comunidad.

Yuruma: Especie de pan elaborado con almidón o fécula de moriche que constituyó uno de los principales rubros alimenticios de la gastronomía Warao. En la actualidad se continúa consumiendo como complemento alimenticio y con fines rituales, en comunidades relativamente aisladas de centros poblados criollos.